This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

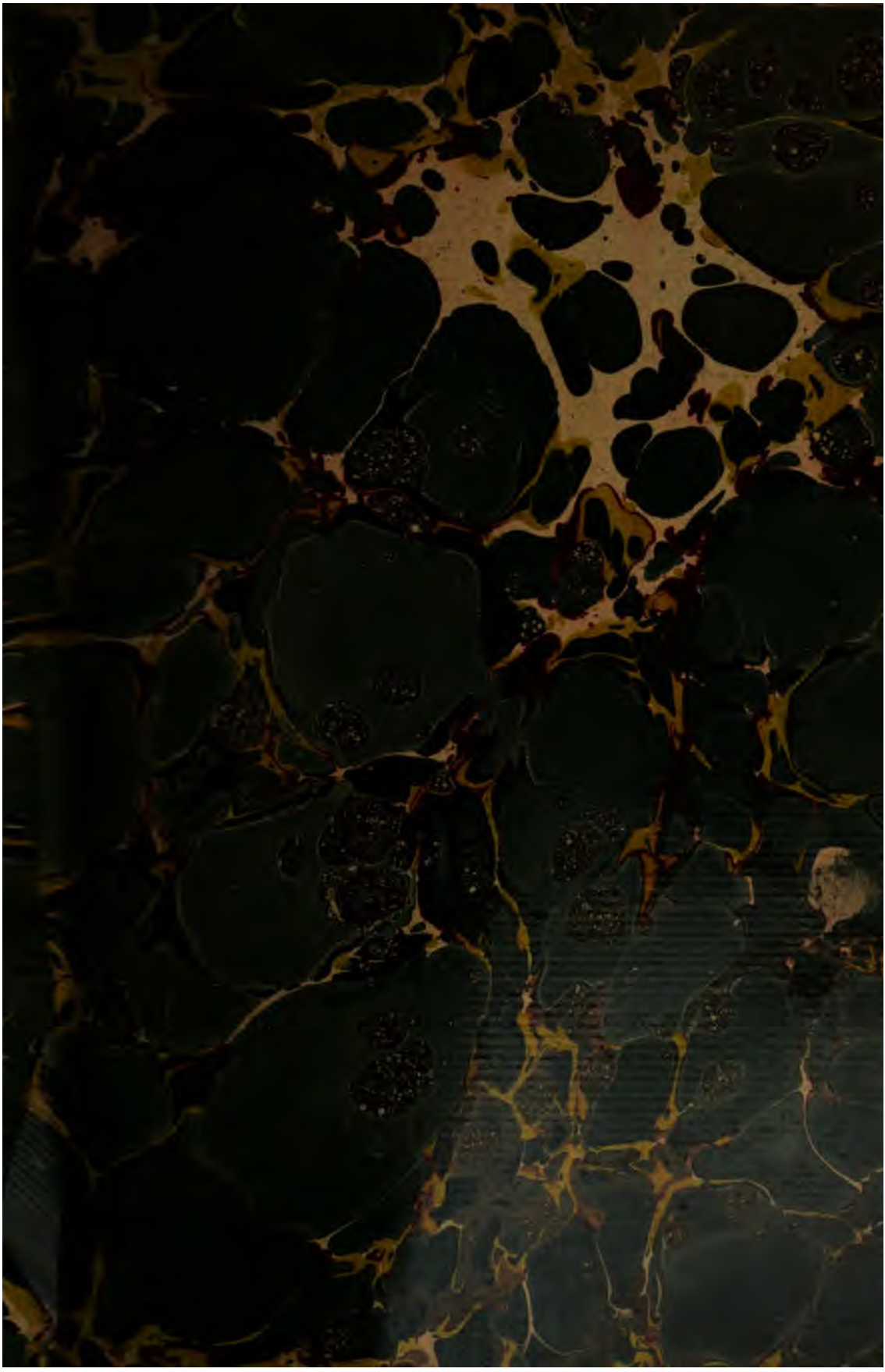
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN

REDIGIERT VON

P. G. UNNA.

NEUNZEHNTER BAND.

1894.

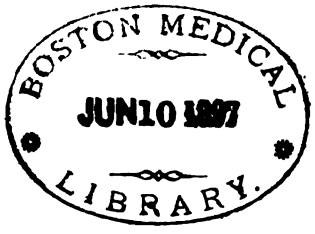
JULI BIS DEZEMBER.

MIT FÜNF TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1894.



1680

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Die Färbung der Epithelfasern, von Unna 1
Über Erythromelalgie, von Staub 10
Über die Beziehungen des Ekzems zu den Schleimhäuten, von von Sehlen ... 15
Acne rosacea, von Eddowes 25
Zur Behandlung der Furunkulose, von van Hoorn 26
Das Resorbin und seine Verwendung als Salbengrundlage, von Ledermann ... 65
Über Resorbin, von Hahn 71
Die Ätiologie der Pagetschen Krankheit, von Ravogli 74
Elastische Fasern, ihre Regeneration und Widerstandsfähigkeit. Hautnarbe, von Kromayer 117
Ein Fall von Diabetes insipidus und Myxoedema syphilitischen Ursprungs, von Pospelow 125
Über die Verwendbarkeit der Schleichschen Infiltrationsanästhesie in der Praxis des Dermatologen, von Scharff 133
Über die Trichorrhexis des Kopfhaares der Konstantinopeler Frauen, von Hodara 173
Ein neues Teerpräparat, von Fischel 189
Multiple Neurofibrome der peripherischen Haut- und Muskelnerven mit Fibroma molluscum, von Brigidi 190. 237
Über Protoplasmafärbung nebst Bemerkungen über die Bindegewebszellen der Cutis, von Unna 225
Die spezifische Färbung des Epithelprotoplasmas, von Unna 277
Über die Behandlung der Urethritis blennorrhoica mittelst Ausspülungen mit Kalium permanganicum; Demonstration einer doppelläufigen Kanüle, von Dr. G. Vanghetti zu Urethralirrigationen, von Mibelli 283
Zweiter Beitrag über eine epidemische Hautkrankheit, von Savill 287
Wirkung innerer Ichthyolgaben bei entsprechender Diät, von Knorr 310
Über den Lupus erythematosus (Ulerythema centrifugum), von Buri 345
Die spezifische Färbung der Mastzellenkörnung, von Unna 367
Zur Behandlung der Leukoplakie, von Leistikow 371
Elastin und Elacin, von Unna 397
Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum, von Bergh 403
Neuer experimenteller Beitrag zum Studium des Erythrasmas, von Ducrey und Reale 414
Zur Behandlung mit Steinkohlenteer, von Leistikow 422
Eosophiles Kollagen, Kollastin und Kollacin, von Unna 465
Histologische Studie über Thomas Savills epidemische Hautkrankheit, von Echeverrya 476
Die spezifische Färbung der glatten Muskelfasern, von Unna 533

Seite
Weitere Beobachtungen über die Behandlung des Myxoedema, von Pospelow.. 537
Über Jodvasogen, von Leistikow..... 541
Zur Geschichte der Diaskopie, von Unna..... 589
Hyalin und Kolloid im bindegewebigen Abschnitt der Haut, von Unna..... 595
Trichophytia blepharo-ciliaris (Blepharitis trichophytica), von Mibelli..... 615
Die Hand- und Fingerekzeme in der Armenpraxis, von Unna..... 628
Die Darstellung des Hyalins in der Oberhaut, von Unna..... 663
Über hypertrophische Makrochirie des rechten Oberarmes, von Chassiotis 674

Ergänzungsheft.

Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen, von Passarge und Krösing.

Versammlungen.

New Yorker dermatologische Gesellschaft..... 27. 146. 249. 547
Ärztlicher Verein zu Hamburg..... 28. 315
K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien..... 29. 209
Verein deutscher Ärzte in Prag..... 30
Rückblick auf den XI. Internationalen Medizinischen Kongrefs in Rom..... 78
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie..... 93. 141. 247
Berliner Dermatologische Vereinigung..... 139. 203. 373
New Yorker Akademie der Medizinischen Sektion für Blasen- und Geschlechtskrankheiten..... 144. 252
Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Nürnberg..... 207
Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr..... 208. 316
Verein St. Petersburger Ärzte..... 209. 546
V. Kongrefs russischer Ärzte. Sektion für Chirurgie..... 210
Berliner medizinische Gesellschaft..... 313
Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin..... 314
Verein der Ärzte in Steiermark..... 316. 546
Verein für innere Medizin in Berlin..... 376
66. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien. Originalbericht, von Jessner..... 423. 483
Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society..... 443. 549. 637
V. Kongrefs der Französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie zu Lyon..... 445
Berliner Laryngologische Gesellschaft..... 543
Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau..... 545. 677
Accademia Medico-Fisica zu Florenz..... 634
Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Ärzte in New York..... 634
New Yorker Akademie der Medizin..... 635. 675

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis..... 31. 96. 253. 317. 551
Journal des Maladies cutanées et syphilitiques..... 35. 152. 260. 379. 450. 505
The British Journal of Dermatology..... 37. 100. 215. 331. 447. 555. 689
Clinica dermo sifilopatica..... 39
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases..... 103. 148. 334. 379. 691
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie..... 151. 261. 378. 449. 505

Seite
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 153. 507
Dermatologische Zeitschrift 211. 325. 681
Annales des maladies des organes génito-urinaires 218. 336. 452. 505. 556
Clinica dermosifilopathica della r. Università di Roma 219. 453
Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie 453
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 687

Besprechungen.

Klinisches Handbuch der Dermatologie, von Tenneson 41
Therapeutische Neuigkeiten auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und Syphilis, von Jessner 42
Die Hautkrankheiten, von Morris 106
Bericht über die Philadelphia Dispensary für Hautkrankheiten, von Stelwagon 107
Mikroskopische Technik zum Gebrauch bei medizinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen, von Friedländer 261
Die Syphilis der Unschuldigen, von Bulkley 262
Blennorrhoe, Syphilis und Hautkrankheiten, von Winternitz 263
Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg 1892—1893, von Unna 382
Ein Fall von Erythrodermia exfoliativa (Besnier-Doyon), von Philippson 382
Über den Einfluſs des Quecksilbers auf das papulöse Syphilid, von Unna 383
Therapeutische und hygienische Resultate der Spital- und ambulanten Behandlung von Kranken mit venerischen und syphilitischen Hautaffektionen, von Azua 384
Jahresbericht (1893) über die Staatspoliklinik für venerische Krankheiten in Pavia von Scarenzio 384
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Joseph 454
A descriptive Catalogue of the Clinical Museum and Journal of Proceedings, von Hutchinson 455
Dermatitis artificialis tarda, von Quincke 456
Defluvium capillorum subitum, von Quincke 456
Epidermolysis paroxysmatica, von Stuehlen 456
Zur Blutlehre von Schmidt 558
Über die tieferen eiternden Schimmelerkrankungen der Haut und über deren Ursache, von Rosenbach 559
Kneipp und seine ärztlichen Jünger, eine Kritik der neuen Wassermode, von Niemann 559
Tafel der Anatomie der Haut, von Lewin 639
Vorlesungen über Syphilis hereditaria tarda, von Fournier 639
Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten, von Abel 639
Lehrbuch der bakteriologischen Untersuchung und Diagnostik, von Heim 639
Les trichophyties humaines, von Sabouraud 640

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomisches.

Die Fibrillen der Hornzellen der Haare und die Beziehungen der Pigmentkörperchen zu denselben, von v. Nathusius 219

b. Physiologisches.

Die Fettzelle, ihr Ursprung, Entwickelung und histologische Bedeutung, von Borden 220
Klima und Hautfarbe, von Wilser 221

Seite

c. Mikroskopische Technik.

Chromkalium-Sublimat-Essig als Fixierungsmittel, von Zenker 645
Die Osmium-Kupfer-Hämatoxylinfärbung, von Berkley 646
Formaldehyd, ein ausgezeichnetes Härtemittel für tierische Gewebe, von Eccles 646

d. Bakteriologisches.

(Vacat.)

e. Hygienisches.

Die Prostitution in Rußland, von Fiaux 155
Die Prostitution in Italien, von Pellizzari 155
Eine verfehlte Reform, betreffend den Bericht Prof. Tarnowskys über die Prostitution in Italien, von Pellizzari 155
Zur Prostitutionsfrage, von Puschmann 155
Die Hülfsstation für geschlechtskranke Weiber im Arbeitshaushospitale zu Berlin 156

f. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Schildrüsennahrung bei Hautkrankheiten, von Philipps 221
Infektion der Hautwunden und Desinfektionsmethoden, von Lookwood 221
Zur Technik der Hauttransplantation nach Thiersch, von Schnitzler 222
Über das Schicksal der nach dem Verfahren von Thiersch verpflanzten Hautstückchen, von Goldmann 222
Antwort auf die Arbeit des Herrn Professors Senator: Wie wirkt Firnissen der Haut beim Menschen? von Levy-Dohrn 223
Zur Ätiologie der gewöhnlichen Dermatosen des Kindesalters, von Millon 560
Hauterscheinungen und Ernährungsstörungen beim Kinde, von Millon 560
Über den sichtbaren Ausdruck und die Bekämpfung der gesteigerten Darmfäulnis, von Singer 560
Über die Alterationen der Haut infolge gesteigerter Darmfäulnis und Mittel, letzterer entgegenzutreten, von Singer 561
Der septische Zustand der Haut nach der Desinfektion, von Farina 561
Die Resorptionsfähigkeit der Haut für Lösungen von Jodoform und Kreosot in Vasogen, von Dahmen 562
Transplantation von ungestielten Hautlappen, von Braem 562
Über die Transplantation tierischer Haut und Schleimhaut auf menschliche Wunden, von Lortail 562
Zur Frage der Narbenkontraktion bei Transplantationen, von Meyer 562
Über den Ursprung des Pigments in melanotischen Tumoren, von Jooss 562
Über Russelsche Fuchsinkörperchen, von Seifert 563
Eine neue Form des Skarifikators, von Kozerski 564

g. Pharmakologisches.

Zur Lehre von der Wirkung des Silbernitrates auf die Elemente des Nervensystems, von Fischel 42
Über Adeps lanae 42
Notiz über Chlorzinkstifte, von Koebner 43
Über die Verwendbarkeit des Europhens in der Dermatotherapie, von Ullmann 43
Über Macassar-Öl, von Glenck 44
Woran erkennt man die reinen Olivenseifen? 44
Wirkung der pyrogenen Toxine auf die Urinsekretion, von Charrin 44
Über Angewöhnung an Quecksilber- und Jodpräparate, von Wickham 44
Loretin, ein neues Antisepticum 44
Dijodoform, von Maquenne und Taine 45
Das Lycetol, von Wittzack 45
Cresolum purum liquefactum 45
Karbolgangrän, von Monnier 46
Kresolsaponat, von Arnd 46

Seite

Bakteriologische Untersuchungen über die baktericide Kraft der Vasogene (oxygenierte Kohlenwasserstoffe), von Dahmen 46
Die Wertbestimmung des Wollfettes, von v. Cochenhausen 384
Der Wollfettkrieg, von Arnold 385
Sperminum Pöhl in chemischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung, von Bubis 385
Ersatz für die Chrysarobinsalbe, von James 385
Gallobromol als sekretionsbeschränkendes Mittel bei Blennorrhoe und Ekzem, von Letzel 385
Ein antiseptisches Streupulver, von Pick 386
Thyreoidbehandlung bei Hautkrankheiten, von Bramwell 386
Alumnol bei Hautkrankheiten, von Gottheil 387
Copraol 388
Neues über Thioform, von Hoffmann 388
Über Anwendung des Thioforms, von Schmidt 389
Akute Bleivergiftung bei Ekzem nach Behandlung mit Diachylonsalbe, von Pässler 389
Karbolgangrän, von Dubois-Havenith, Tournay, Vaudam, de Rechler, Dubaisieux 389
Granuloma mercuriale, von Roth 389

II. System der Hautkrankheiten.

A. Angioneurosen.

Über trophische Störungen der Fingerspitzen, von Catrin 157
Zur Behandlung der erfrorenen Nase, von Helbing 157
Hautödem durch Nerveneinfluſs, von Rendu 157
Fur Frage der „eiweifsfreien" Ödeme, von Tschirkow 157
Die arthritischen Ödeme, von Huchard 158
Über Jodödem, von v. Zeissl 158
Erythema exsudativum multiforme, bei akutem muskulo-artikulären Rheumatismus, von Buongiovanni 159
Über Autointoxikations-Erytheme, von Freund 159
Über die Pellagra in Rufsland, von v. Rosen 159
Brom- und Jodexantheme, von Crocker 160
Grofse Ekchymosen nach Quetschung, von Variot 160
Purpura haemorrhagica, von Antony 161
Purpura und Streptokokkenerythem, von Widal und Thérèse 161
Fall von infektiösem Purpuraexanthem, von Lebreton 161
Purpura myelopathica infektiösen Ursprunges 161
Ein Fall von recidivierender, symmetrischer lokaler Asphyxie der Extremitäten, von Israelsohn 564
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit. Lokale Asphyxie mit Gangrän im frühen Kindesalter, von Monro 565
Zur mechanischen Behandlung der Hautwassersucht, von Curschmann 565
Ein neuer Mikroorganismus des Ödems, von Harris 566
Lokale Ödeme der Thoraxwand 566
Lokalisierte transitorische Ödeme, von Starr 566
Über Exantheme im Wochenbette, besonders über den sogenannten Wochenbettscharlach, von Ahlfeld 567
Puerperales Erythem, Scharlachfieber vortäuschend, von Bodilly 567
Ein Fall von Antipyrinexanthem, von Paschkis 567
Beitrag zum Studium der Jodkalium-Eruptionen, von Casoli 568
Zur Kasuistik der Arzenei-Exantheme, von Reff 568

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

Die antiseptische Behandlung der Verbrennungen, von Nageotte-Wilbouchewitch 162

Seite
Digitalis in der Behandlung von Erfrierungen, von Pilatt ... 162
Jodoform-Dermatitis, von O'Hagan ... 163
„Diabetide" an den Genitalien, von Fournier ... 163
Über die Heilung aseptischer Schnittwunden der menschlichen Haut, von Busse 568
Unguis incarnatus und andere Erkrankungen der Nägel, von Park ... 569
Unguis incarnatus: Cottings Operation nebst Thierschscher Hauttransplantation am zweiten Tage.. Vollständige Heilung in acht Tagen, von Tousey ... 569
Das Ichthyol gegen Exkoriationen der Füfse, von Myrdarz ... 569
Behandlung der Anusfissuren mit Ichthyol, von van der Willigen ... 570
Zur Kasuistik tödlicher Verbrennungen, von Uibeleisen ... 570
Zwei Fälle von Keratosis und Melanosis nach innerlichem Arsengebrauch, von Heuss ... 570
Unangenehme Nebenwirkungen von amerikanischem Heftpflaster, von Kamm ... 571
Einige Worte zu „Ein Beitrag zur Kenntnis der Jodoformdermatitis von Matschke", von Piltz ... 571
Bullöse Eruption nach Jodkaliumgebrauch, von Arnozan ... 571
Jodkaliumexanthem, von Rutkowski ... 571

II. Neurotische.

Ein Fall von Erythromelalgie, von Dünges ... 163
Zona oder Herpes zoster, von Ohmann-Dumesnil ... 164
Erythromelalgie, von Eulenburg ... 164
Dermatosen nach moralischem Shock, von Dubois-Havenith ... 572
Ein Fall von Herpes zoster in den erythematösen, papulösen und vesikulösen Stadien, von Cantrell ... 572
Angina herpetica mit Herpeseruptionen in und auf der Nase, von Wodon ... 572
Bellsche Paralyse bei Herpes zoster, von Spencer ... 572
Herpes zoster und Tuberkulose, von Rendu ... 572
Tuberkulose und Herpes zoster ex influenza, von Huchard ... 572
Ein Fall von Erythromelalgie, von Mutschnik ... 573
Über Hebrasche Prurigo, von Neisser ... 573
Die Glykosurie, ein weiteres Symptom, welches auf den neurotischen Ursprung der Dermatitis herpetiformis (Duhring) hindeutet, von McWinfield ... 573

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Über die Pathogenese der Scarlatina, von Ricochow ... 165
Die Mandeln als Eingangspforte für das skarlatinöse Virus, von Dowsen ... 165
Über fieberlosen Scharlach, von Fiessinger ... 165
Komplikationen der Scarlatina, von Jaccoud ... 166
Scharlachfieber mit Rückfall am 17. Tage, von Johnston ... 166
Scharlachfieber mit Recidiv nach kurzer Zeit, von Doidge ... 166
Wirkung kalter Bäder bei maligner Scarlatina, von Juhel-Rénoy ... 166
Behandlung von Masern mit Einreibung von Eucalyptus, von Shelly ... 166
Zur Symptomatologie der Röteln, von Wilischanin ... 166
Über Ätiologie und Prophylaxis der Variola, von Schrevens ... 167
Über Modifikationen des Ausschlags im Verlauf der Variola, von Prautois ... 167
Beobachtungen über Pocken, von Porter ... 167
Die Pocken bei Tuberkulösen, von Richardière ... 167
Variola des Foetus, von Grandmaison ... 168
Eine seltene Aufeinanderfolge infektiöser Krankheiten, von Jacontini ... 168
Einwirkung roter Lichtstrahlen auf Verlauf und Infektiosität der Pocken, von Goddesden ... 168
Anomale Varicellen in gangränöser Form, von Variot und Danseux ... 168
Bericht über die im Jahre 1892 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung, von Voigt ... 169
Kuhpocken am Auge, von Searles ... 169

Seite

Zwei Fälle von allgemeiner Vaccine, von C. Fox 169
Vaccine-Impfung und Exanthem, von Nicolle und Thiercellin 169
Zur Kenntnis des Vaccineprozesses, von Sobotka 169
Wann soll die Wiederimpfung der Kinder stattfinden? von Raymond 170
Beitrag zur Kenntnis der gleichzeitigen Entstehung von zwei verschiedenen exanthematischen Krankheiten, von Talmay 574
Hautausschläge infolge von Septikämie nach Scharlach und Diphtherie, von Manning 574
Masern, von Treshing 575
Die Hautgangrän bei Masern, von Menzi 576
Ein Fall von Masern unmittelbar nach Röteln, von Theodor 576
Über Röteln, von Meredith 576

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Über die Wirksamkeit und den Bestand „der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra", von Manteuffel 46
„Zur Verbreitung und Behandlung der Lepra", von Reisner 47
Lepra und Syringomyelie, von v. Düring 48
Lepra und Morvansche Krankheit, von Marestang 49
Weiterer Beitrag zur Klinik und Anatomie der Neuritis leprosa, von Arning und Nonne 264
Über die Erkrankung des Gefäßsystems bei Lepra, von Joelsohn 265
Die Applikation von Zugpflastern als diagnostisches Hülfsmittel bei Lepra, von Kalindero 265
Lepra in Schweden, von Oehrn und Sederholm 508
Mitteilungen über die Lepra in Schweden und Norwegen, von Lorand 508
Lepra und Leprakranke im Orient, von Fost 509
Die Frage der Verbreitungsweise der Lepra, von Rake 510
Lepra, von Daly 510
Bericht über Lepra und das Leprasyl auf Trinidad im Jahre 1892, von Rake . 646
Ist die Lepra kontagiös? von Sundberg 647
Die Non-Kontagiosität der Lepra, von Bulkley 647
Die Ätiologie der Lepra, von Fitsch 647
Lepra und Fischnahrung, von Crane 648
Lepraphobia, von Lutz 648
Lepraerythem mit riesenzellenähnlichen Gebilden, welche den bei Tuberkulose gefundenen Riesenzellen etwas ähnlich sind, von Montgomery 648

β. Tuberkulose.

Chalazion, von Fukala 49
Über die bakterielle Association der Tuberkelbacillen mit hämorrhagischen Mikrobien, von Babes 49
Über die Unterbrechungen bei tuberkulösen Hautkrankheiten, von Hallopeau . 49
Lupus und Oedema lymphangiticum, von Leloir 50
Lupus und Anthrax, von Leloir 50
Über die Natur des Lupus vulgaris vom klinischen Standpunkte aus, von Fox.. 50
Über die Virulenz des Lupus, von Arloing und Courmont 50
Über Inokulationslupus, von Cramm 51
Epitheliom der Oberlippe nach Lupus, von Dubreuilh 51
Der Lupus und seine Behandlung, von Ceci 51
Lupus, von Moreau 266
Bepinselungen der Haut mit Guajakol bei Tuberkulose, von Sciolla 266
Über den Ausgang gewisser, scheinbar ausschließlich auf der Haut sich abspielender tuberkulöser Ulcerationen vom Knochen (Häufigkeit und Dunkelheit dieses Ursprungs bei den lupoiden Affektionen der Extremitäten), von Adenot ... 510
Ein seltener Fall von Analtuberkulose, von Kramer 511
Beitrag zum Studium der Analtuberkulose, von Hartmann 511
Tuberkulose der Nasenschleimhaut, von Herzog 649
Über den Lupus tuberculosus superficialis, von Dubreuilh 650

Seite
Zwei mit Thyreoidextrakt behandelte Fälle von Lupus, von Bramwell 650
Lupus hypertrophicus faciei, von Valenti 650
Zur Ätiologie des Leichentuberkels, von Gockel 651

γ. *Syphilis.*

Gelenkaffektionen im Verlaufe von tertiärer Syphilis, von Hjelmann 51
Atrophie des Cervikalkanals infolge von syphilitischen Geschwüren, von Barnum 51
Über Arteriitis syphilitica mit raschem, tödlichem Ausgang, von Laveran..... 51
Histologische Untersuchungen über die luetischen Veränderungen der Hirnarterien, von Stanziale 5
Die syphilitischen Geisteskrankheiten, von Newth 5
Ein Fall von Hirnsyphilis, von Brousse 5
Meningo-Encephalitis syphilitica bei einem Kinde von fünf Jahren, von Moussous 5
Zur Kenntnis der cerebrospinalen Syphilis, von Pick 5
Die Medullarsyphilis, besonders vom klinischen Standpunkt, von Marie 5
Über Rückenmarkssyphilis, von Goldflam 5
Über Syphilis und Rückenmark, von Gerhardt 5
Die Paralysis spinalis syphilitica (Erb) und verwandte Krankheitsformen, von Kuh 5
Syphilitische Hemiparaplegie, von Armstrong 5
Polyneuritis mercurialis, von Lewin 5
Syphilis und allgemeine Paralyse, von Fournier 5
Epilepsie, Syphilis und Tabes, von Blocq 5
Pseudo-Paralysis syphilitica, von Ferreira 5
Ein Fall von später, hereditärer Syphilis mit nasopharyngealen Affektionen, von Klinedinst 5
Die Symptomatologie der hereditären Syphilis, von Longfellow 5
In welchem Stadium der Syphilis soll mit der allgemeinen Behandlung begonnen werden? von Havas 5
Zur Syphilistherapie, von Vollert 6
Eine neue Behandlungsweise der Syphilis, von van Dort 6
Zur Behandlung der konstitutionellen Syphilis, von Shaw-Makenzie 6
Behandlung der sekundären Syphilis, von Fournier 6
Über die Behandlung tertiärer Syphilis mit der Schmierkur, von Cambell 6
Der gegenwärtige Stand der Hämotherapie, sowie der intravenösen Sublimatinjektionen bei konstitutioneller Syphilis, von Scarenzio 6
Über den Einfluſs der interstitiellen Quecksilber-Salicylat-Injektionen auf den Austausch und die Assimilation der stickstoffhaltigen Körper bei Syphilitikern, in quantitativer und qualitativer Beziehung, von Froloff 6
Die subkutane Anwendung hoher Dosen Sublimat gegen Syphilis, von Horowitz 6
Zur Wundbehandlung bei Syphilitischen, von Kraus 6
Als neue Behandlungsmethode der Syphilis, besonders derjenigen der Fossae nasales, von Dazzeus 6
Eine neue Behandlungsmethode bei verspäteten syphilitischen Erkrankungen, von Peroni 26
Ein Fall von Übertragung der Syphilis, von Accarain 26
Zufällige syphilitische Infektion infolge eines Schlages auf die Nase, von Healey 26
Eine experimentelle Syphilisimpfung beim Menschen, von Prengrueber 26
Fälle von doppelter syphilitischer Infektion, von Servin 26
Fall von syphilitischer Reinfektion, von Milligan 26
Harter Schanker auf der Tonsilla lingualis, von Schiffers 26
Harter Schanker der Augenlider und der Conjunctiva, von Vignes 26
Die Schanker der Hand und der Finger, von Fournier 26
Lymphdrüseneiterungen in den Leisten nach Ulcus induratum, von Bossart... 26
Ein Fall von schwerer Syphilis mit Fieber, hysterischen Symptomen und Rippenfraktur, von Raynaud 26
Über einen Fall von Syphilis, von Hicguet 26
Über latente und occulte Syphilis, von Colombini 26
In situ recidivierende Syphilis, von Delansorne 26
Über die Blutveränderungen bei Syphilis und ihre Bedeutung in Bezug auf Diagnose und Therapie, von Justus 26
Über diphtheroide Syphilide, von Hudelo und Bourges 26

Seite
Syphilis erythematosa circinata, von Etienne ... 269
Fall von erythematös-tuberkulös-krustösem Syphilid des Gesichts, kompliciert mit angiolithischem Sarkom des Gehirns, von Petrini ... 269
Differentialdiagnose zwischen syphiloidem Lupus und lupusähnlichem Syphilid, von Fournier ... 270
Kleinpapulöses Syphilid, nebst lupösen Infiltraten, von Petrini ... 270
Gummöses, ulceriertes Syphilid der Unterlippe und Pseudogummata syphilitica der Haut, von Petrini ... 270
Progressive Muskelatrophie bei Syphilitikern, von Raymond ... 270
Syphilis und Tuberkulose der Lungen, von Potain 271
Über syphilitische Pleuritiden, von Rochon ... 271
Beitrag zur Lehre von der Knochensyphilis der Kinder, von Renard ... 271
Nekrose des Oberkiefers infolge von Syphilis, von Combe ... 272
Ulcus ventriculi syphilitischen Ursprungs, von Zavadski ... 272
Über die sogenannte Strictura syphilitica des Rectums, von Carré ... 272
Über Syphilis praecox gravis, von Fournier ... 272
Tertiäre Glossitis und doppelte Labialitis, von Molinié und Escande ... 273
Tertiäre Syphilis der Mamma, von Molinié und Escande ... 273
Über Nierensyphilis, von Grandmaison ... 273
Einen Fall von Polyneuritis mercurialis, von v. Engel ... 273
Polyneuritis syphilitica, von Perrero 274
Über Hirnsyphilis, von Hale-White ... 274
Behandlung der Hirnsyphilis mit Einspritzungen von Oleum cinereum, von Sacaze und Magnol ... 274
Ein Fall von Meningomyelitis luetica, von Nobl ... 274
Beziehungen der Syphilis zur allgemeinen progressiven Paralyse, von Petersen 275
Zur Frage über die allgemeine progressive Paralyse der Irren und ihre Behandlung bei den Syphilitikern, von Platonnow ... 275
Über syphilitische Spinalparalyse, von H. Oppenheim ... 275
Syphilitische Epilepsie, von Kowalewsky ... 512
Die hereditäre Lues der Neugeborenen, von Fournier ... 513
Zur Kasuistik der Syphilis hereditaria, von Tobeitz ... 513
Ein frühzeitiges Symptom von Syphilis hereditaria bei Neugeborenen und seine Behandlung, von Carini ... 513
Mitbeteiligung des Hodens bei hereditärer Lues, von Taylor ... 514
Schwangerschaft der Frau eines an Syphilis leidenden Mannes und dabei einzuschlagende Maßnahmen, von Diday ... 514
Zur Behandlung der Kephalea syphilitica, von Augagneur ... 514
Über Syphilisbehandluug, von Lesser ... 514
Wie die spezifische Behandlung die Prophylaxe der Syphilis beschaffen sein muß, von Mauriac ... 515
Wie lange Zeit hindurch soll die Syphilisbehandlung geführt werden? von Kaposi 515
Aphoristische Bemerkungen zur Syphilistherapie, von Lang ... 515
Über den Einfluß des Quecksilbers auf das papulöse Syphilid, von Unna ... 516
Die Technik der Schmierkur, von Brocq ... 517
Die endovenösen Sublimatinjektionen bei der Syphilistherapie ... 518
Über Syphilis im Altertum und deren Behandlung mit Quecksilber bei Chinesen und Japanern, von Ashmead ... 651
Polymorpher Bacillus, von Golasz ... 651
Ätiologische Beziehungen der Syphilis, von Schütz ... 651
Zur Ätiologie der Syphilis, von Hofmann ... 652
Die Syphilis als Degenerationsursache, von Féré ... 653
Latente Syphilis und unbeachtete Syphilis, von Colombini ... 653
Über die Beziehungen der Syphilis zur physiologischen und pathologischen Zuständen, von Neumann ... 654
Gewisse Gesichtspunkte zur Sicherstellung der Diagnose auf Syphilis, von Nicoll 655
Zur Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose, von Rendu ... 655
Seltsame Methoden syphilitischer Inokulation, von Judkins ... 656
Über syphilitische Reinfektion ... 656
Über Reinfectio syphilitica, von Eichhorst ... 656
Über extragenitale, syphilitische Infektion, von Petersen ... 656
Syphilitischer Schanker an der inneren Fläche des unteren Augenlides, von Rolland ... 657

Seite
Harter Schanker der Augenlider, von Panas ... 657
Syphilitischer Schanker der Conjunctiva bulbi, von Vignes ... 657
Über einen interessanten Fall von Syphilis, von Popescú ... 657
Einige seltenere in Busko (Kochsalzschwefelquellen in Russisch-Polen) während der Kursaison 1893 behandelte Syphilisfälle, von Dymnicki ... 657
Zur Ätiologie der Syphilis maligna praecox, von Moreira ... 658
Ein Fall von Syphilis maligna mit tödlichem Ausgange, von Roussel ... 658
Ein Syphilid mit bemerkenswertem klinischen und anatomischen Befund, von Jadassohn ... 658
Ein Ulcus elevatum des Gesichts, von Montgomery ... 659
Oberflächliche Ulceration eines Gumma, von Halpern ... 659
Syphilis haemorrhagica neonatorum, von Conroy ... 659
Syphilis des Pharynx, von Cautaz ... 659
Glossitis secundaria tardiva, von Jullien ... 659
Vollständige Zerstörung des Naseninnern durch syphilitische Erkrankung, von Dunn ... 660
Syphilis der oberen Luftwege, von Bryan ... 660
Über syphilitische Pleuritis, von Raynaud ... 660
Gumma der Lunge, von Thompson ... 661
Differential-Diagnostik zwischen Lungensyphilis und Lungentuberkulose, von Rendu 661
Beitrag zum Studium der funktionellen Magenstörungen bei Syphilis und ihre Behandlung, von de Tullio ... 661

δ. *Malleus.*

Malleus acutus, von Bourdon ... 54
Rotz bei Menschen und seine Behandlung mit Quecksilbereinreibungen, von Gralewski ... 64
Ein Fall von Rotz, von Langerhans ... 661

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Über die Natur des Ekzems, von Schwimmer ... 108
Über Invasion von Hautkokken bei Ekzem, von Bernheim ... 109
Eine Form von Erythrodermia exfoliativa (Besnier-Doyon), von Philippson ... 111
Behandlung der Impetigo, von Thibierge ... 456
Pemphigus malignus, von Penrose ... 457
Pemphigus circinatus, von Allen ... 457
Über einen atypischen Fall von Psoriasis, von Molinié und Escande ... 457
Die Anwendung starker elektrischer Ströme in der Dermatologie, von Oudin ... 458
Die Behandlung der Psoriasis mit Thyreoidextrakt, von Squire ... 458
Die Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüsenextrakt, von Jones ... 458
Ein Fall von Seborrhoea psoriasiformis, von Stirling ... 458
Behandlung der Pityriasis auris, von Albespy ... 459
Über das Trichophyton tonsurans, von Marianelli ... 459
Über Verbreitung und Behandlung des Herpes tonsurans, von Althausen ... 459
Alopecie, von Ohmann-Dumesnil ... 459
Beitrag zum Studium des Erythrasmas, von Ducrey und Reale ... 460
Über die Ätiologie des Ekzems, von Ravogli ... 695
Über die Perspiration bei universellem Ekzem, von Bieling ... 695
Über Ekzeme im Säuglingsalter, von Marfan ... 696
Die Behandlung des Ekzems, von Besnier ... 696
Beitrag zur Behandlung des Ekzems, von Braun ... 696
Die Behandlung des Ekzems bei Kindern, von Carrier ... 696
Zur Behandlung des Ekzems, von Dougall ... 697
Die Behandlung des Ekzems, von Ravogli ... 697
Thyreoidextrakt in einem Falle von Ekzem, von Menzies ... 698
Ichthyol bei Ekzem, von Ravogli ... 698
Zur internen Behandlung des vesikulösen Ekzems, von Phillips ... 698
Fall von jährlicher Häutung, von Sligh ... 699
Ein Fall von „Skin Shedding“ (Hautabschuppung), von Blanc ... 699

b. der Cutis.

Seite
Fliegen und Furunkel, von Leloir ... 111
Adenitis der mittleren Regio suprapubica nach Ulcus venereum, von Molinié .. 111
Die Wunden im Ohrläppchen und ihre Beziehungen zu den Ohrringen, von Leloir 111
Bemerkungen über einen Fall von Karbunkel, behandelt mit Excision desselben, von Lawrie ... 112
Pustula maligna, von Davezac ... 112
Pustula maligna, von Peroneito ... 112
Pustula maligna, von Proust ... 112
Wesen und Behandlung der Acne vulgaris, von L. Philippson ... 112
Acne rosacea durch Ablatio nasi und Rhinoplastik, von Delie ... 113
Folliculitis bucco-pharyngea, von Davezac ... 113
Folliculitis depilans der haarlosen Körperstellen, von Dubreuilh ... 113
Über drei Fälle von Kehlkopferysipel, von Lunin ... 114
Erysipel, Scarlatina und Lymphangitis durch Streptokokkeninfektion, von Bergé ... 114
Erysipel und Tuberkulose, von Nannotti ... 114
Die Behandlung des Erysipels, von Allen ... 460
Herpes vacciniformis im jugendlichen Alter. Gangrän der Vulva. Plötzlicher Tod, von Fournier ... 460
Lichen planus, von Sechi ... 461
Zur Kasuistik des Erythema nodosum, von Deubner ... 461
Erythema nodosum im Verlaufe einer Eiterinfektion, von Brodier ... 461
Analyse von 100 Fällen von Mycetoma, von Bocarro ... 461
Mykosis fungoides, von Dubreuilh ... 462
Die Prognose und Behandlung der Aktinomykose, von Ransom ... 462
Über Aktinomykose beim Menschen, von Engelmann ... 462
Über Pharyngo-Mykosis ... 462
Über Stomatitis und deren Behandlung, von Boennecken ... 463
Ein neuer anärober Bacillus des malignen Ödems, von Novy ... 699
Über eigenartig verlaufene septikopyämische Erkrankungen nebst Bemerkungen über akute Dermatomyositis, von Fränkel ... 700
Beiträge zur Ätiologie und Therapie des Erysipels und Erysipeloids, von Felsenthal ... 702
Erfahrungen über Erysipelas faciei, von Werner ... 702
Gesichtsrose und Herz, von Gaillard ... 702
Endocarditis als Komplikation eines Erysipels, von Jaccoud ... 703
Erysipel und Pneumonie, von Reyer ... 703
Erysipel der Kinder, von Tordens ... 703
Veränderliche Virulenz des Streptococcus erysipelatis, von Catrin ... 703
Erysipelas genitalium durch eine inficierte Salbe hervorgerufen, von Peckham . 703
Abgeschwächtes, primäres Erysipel, von Juhel-Rénoy ... 703
Ein Fall von Erysipelas ventriculi, von Ucke ... 704
Die Behandlung des Erysipels mit hypodermatischen Injektionen von Karbolsäure, von Gaston ... 704

C. Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Umwandlung gutartiger Tumoren in bösartige, von Snow ... 576
Pikrinsäure in der Behandlung des Epithelioma, von Morau ... 576
Epithelioma des linken unteren Augenlides, von Socor ... 577
Die Übertragbarkeit des Carcinoms, von Geissler ... 577
Über parasitäre Zelleinschlüsse in sarkomatösen Geweben, von Pawlowsky ... 577
Über einen Fall von Tumor cruralis congenitus mit maligner Degeneration und Metastasenbildung, von Funk ... 577
Über Leukämie, von Schultze ... 577

II. Benigne.

Seite

Über multiple Lipome, von Haferkorn 389
Über die Natur der Xanthome und die nächste Ursache ihrer Komplikationen, von Hallopeau 390
Xanthoma tuberosum, von Morrow 391
Über einen Fall von Akromegalie mit Autopsie, von Bonardi 391
Beitrag zur pathologischen Histologie, Ätiologie und Pathogenese des Condyloma acuminatum, von Ducrey und Oro 578
Zur Behandlung der Warzen, von Dubois-Havenith 578
Cornu unguale, von Ohmann-Dumesnil 579
Spontanes Keloid, von Ohmann-Dumesnil 579
Fibrom des Gaumensegels, von Wodon 579
Über symmetrisches Auftreten von Lipomen, von Köttnitz 579
Über das symmetrische Auftreten von Lipomen 580
Über die Natur des Xanthoms, nebst einigen kritischen Bemerkungen über das Wesen der Tumoren, von Török 580
Über das Angiokeratom, von Piffault 581
Elektrolyse beim Angiokeratom, von Escande 581
Bemerkungen über einen operativ behandelten Fall von Akromegalie, von Caton und Paul 581
Ein Fall von Akromegalie, von Dreschfeld 582

III. Pigmentanomalien.

Chronische Malaria, Konsekutive, partielle neurotische Melanodermie, von Moscato 391
Studien über den Morbus Addisonii und über die Erkrankung der Nebennieren, von Thompson 391
Ein Fall von Addisons Krankheit, von Kolisch und Pichler 392
Über den Morbus Addisonii 392
Heilung eines Falles von Addisonscher Krankheit, Bemerkung über die regenerative Hypertrophie der roten Blutkörperchen, von Neumann 582

D. Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

Varicen der Regio suprapubica, von Molinié 396
Über streifenförmige Divulsion der Haut als Begleiterscheinung schwerer fieberhafter Krankheiten, von Kirstein 396
Zur Behandlung variköser Geschwüre durch Massage, von Erdinger 583
Favusbehandlung nach der Methode Peronis, von Veratti 583
Symmetrische Gangrän der Hände durch Kältewirkung im Verlaufe einer Influenzaerkrankung, von Dardignal 583

II. Spezifische.

Zwei Fälle von Myxödem, behandelt mit Schilddrüsennahrung, von Adam 393
Über Myxödem und dessen Behandlung mit innerlich dargereichter Glandula thyreoidea, von Laache 393
Weitere Mitteilungen über Myxödem, von Wichmann 394
Fälle von Myxödem und Akromegalie, behandelt mit der Schilddrüse vom Schafe, von Putnam 394
Alopecia leukodermica, von Haslund 395
Ein Fall von Plica, von Stelwagon 395
Klinischer Bericht über einen Fall von Xeroderma pigmentosum, von Hutchins 395
Über Lupus erythematodes, von Gaucher 583
Sklerodermie bei Myelitis dorsalis, von Schultze 584
Über einen Fall von Sklerodermie und deren Behandlung, von Rocher 584
Über Myxödem und seine Behandlung mit innerlicher Darreichung von Schilddrüsensubstanz, von Schotten 585
Ein mittelst Schilddrüseninjektion und Fütterung erfolgreich behandelter Fall von Myxoedema operativum, von Leichtenstern 586

Seite

Myxödem, mit Schilddrüsentabletten behandelt, von Raven 587
Die Thyreoidbehandlung bei Myxödem und bei Hautkrankheiten, von Davies.. 588

E. Idioneurosen.

(Vacat.)

F. Sekretionsanomalien.

Die Natur der Vernix caseosa, von Beatty 223
Rote Chromidrosis, von Hartzell 223
Gegen Schweifse, von Olszewski 224
Schweifs als vikariierende Menstruation, von Gillet 224
„Schweifsfufs und Plattfufs", von v. Lesser 224
Über die Behandlung der Schweifsfüfse mit einem von mir konstruierten Schuh, von Thomalla 224

G. Saprophyten und Fremdkörper.

Erfolgreiche Entfernung von Schiefspulverkörnchen aus der Haut, von Nelson . 518
Zwei Fälle von Tättowierung oder Dyschromasia traumatica, von Spengler.... 518
Über die Behandlung der Pityriasis versicolor, von Bodin 519
Läuse in den Augenwimpern, von Gallemaerts 519
Die gewöhnlichen tierischen Parasiten der Haut, von Ohmann-Dumesnil 519

H. Mifsbildungen.

Dermoidcyste des Scrotums, von Reclus 520
Ein Fall von umfangreichem, behaartem Naevus, von Röhring 520
Naevus maternus mit Hypertrophie des Corpus cavernosum urethrae, von Winiarski 520
Die Entfernung eines Naevus pilosus des Gesichtes mittelst Elektrolyse, von Fox 520
Über einen Fall von Cystadenoma intracanaliculare bei einem Naevus unius lateris, von Elliot 520
Behaarter Rachenpolyp, von der seitlichen Rachenwand ausgehend. Operation fünf Stunden nach der Geburt wegen Asphyxie. Heilung, von Avellis 521
Fall von abnormer Haarbildung in der Sakralgegend, von Gross 521
Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der Spina bifida occulta mit lokaler Hypertrichosis, von Joachimsthal 521
Elektrolytische Beseitigung von Haaren, Leberflecken etc. in der Praxis, von Sorenson 521
Gutes Depilatorium 522
Albinismus acquisitus und Canities, von Flatau 522
Kongenitale Trichiasis, von Stephenson 522

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Blasentumor, von Legueu 340
Verbesserungen in der Cystoskopie. Ein neues Cystoskop, von Rocher 341
Abhandlungen über Chirurgie der Harn- und Geschlechtsorgane, von Cabot.... 522
Die Bedeutung des Salols für die Antisepsis der Harnwege, von Vlaccos 524
Rolle des Cystoskops in der Chirurgie, von Nicoll 524
Beziehungen der Genitaltuberkulose beim Manne zu den übrigen Äufserungen der Tuberkulose, von Villard 524
Urethrale und genitale Reflexneurosen; Urethralneuralgie und Hyperästhesie; Hyperästhesie und Neuralgie der Hoden, von Lydston 525
Über eine neue operative Behandlung der Phimose, von Trnka 525

Seite

Phimosis and Circumcision, von Werthwill 525
Über die pathologische Bedeutung der vollführten Circumcision, von Gruber... 526
Epispadia glandis penis, von Wiesmann..... 526
Hypospadia cum phimosi, Pyelonephritis, von Horváth 526
Die Behandlung der Gangrän des Penis, von Balzer..... 527
Behandlung der Balanitis circinata, von Balzer 527
Phagadänischer und gangränöser Schanker mit starker Hämorrhagie infolge Zerstörung der Arteria dorsalis penis sinistra, von Rey..... 527
Ein seltener Fall eines Urethralsteines, von Mariasches..... 527
Harnröhren-Obturator, von Guiard..... 527
Ein Fall von Verletzung der Harnröhre, von Thomann 528
Über zwei Fälle von narbiger Urethralstriktur, von Loumeau..... 528
Die operativen Indikationen bei traumatischen Harnröhrenverengerungen, von Legueu und Cestau 528
Urethralstriktur und Pyelonephrose, von Verhoogen 528
Urethralstrikturen, von Fort..... 704
Über retrograden Katheterismus bei impermeablen Strikturen, von Sonnenburg 705
Die „weiten" Verengerungen der Urethra, von Albarran 705
Urethralverengerung beim Weibe, von Loubeau 705
Die Entstehung der Mifsbildungen der Harnblase und Harnröhre, von Reichel. 705
Retentio urinae, verursacht durch eine Injektion von Bleiwasser in die Urethra, von Liaras..... 706
Drei geheilte Fälle von Harnfisteln, ein Beitrag zur praktischen Bedeutung der Sekundärnaht, von Wittzack 706
Über den Verschlufsapparat der Blase, von Zeissl..... 707
Mechanismus des Blasenverschlusses, der Harnentleerung und die physiologischen Aufgaben der Prostata, von Finger 707
Über Taschen und Ausbuchtungen der Harnblase, von Englisch..... 708
Essentielle Harninkontinenz. Rasche Heilung durch Elektricität, von Liaras... 709

b. Hoden und Samenblasen.

(Vacat.)

c. Prostata.

Über den Mechanismus des Blasenverschlusses, der Harnentleerung und die physiologischen Aufgaben der Prostata, von Finger 707

d. Nieren, Ureteren und Harn.

Einige Kennzeichen der Oxalurie und ihre Beziehungen zu gewissen Formen von Nervenkrankheiten, von Adler..... 115
Cylindroide oder sogenannte Mucinfäden im Urin, von Manges 115
Ein Fall von Hämoglobinuria paroxysmalis, durch Quecksilberinjektionen geheilt, von Köster..... 115
Über Peptonurie und ihre Beziehungen zur Albuminurie, von Roux 115
Zur Therapie der harnsauren Diathese, von Mendelsohn 116
Die Toxicität des Urins in einigen Fällen von Anämie, von Picchini und Conti 338
Der Katheterismus der Ureteren beim Weibe, von Kelly..... 338

e. Labien, Vagina etc.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus, von Kurz 338
Zur Behandlung der Sterilität der Ehe, von Seligmann..... 339
Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der primären Genitaltuberkulose des Weibes, von Frankenburger..... 339
Behandlung der spitzen Warzen der weiblichen Genitalien, von d'Aulnay 340

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Eine Methode, mittelst medikamentöser Tampons die beginnende Blennorrhoe zu kurieren, von Pitts..... 342

Seite

Bericht über neun Fälle von Blennorrhoe, welche mittelst Injektionen von unverdünntem Wasserstoffsuperoxyd erfolgreich behandelt wurden, von Wedekind 342
Das Ichthyol in der Therapie der Blennorrhoe, von Colombini ... 342
Kava-Kava bei Blennorrhoe, von Bacon ... 343
Die Blennorrhoe eine allgemeine Krankheit, von Souplet ... 529
Beitrag zum Verständnis der Blennorrhoefrage, von Berg ... 529
Kann jemand den Tripper übertragen, ohne ihn selber zu haben? von Morel-Lavallée ... 529
Der Gonococcus Neisser, sein Vorkommen bei Urethritis und Bartholinitis, von Hasse ... 530
Der Gonococcus in der gerichtlichen Medizin, von Bosc ... 530
Ein Beitrag zur Frage: Wie rasch kann der Gonococcus Neisser das Epithel der Urethra durchdringen? von Crippa ... 530
Ein Fall von juxta-urethralem Hohlgange als Ursache recidivierender chronischer Blennorrhoe, von Aldor ... 531
Urethritis desquamativa membranacea, von Battle ... 532
Erysipel und Blennorrhoe, von Schmidt ... 532
Über zwei Fälle von chronisch entzündlicher Erkrankung der Samenbläschen nach Blennorrhoe, von Parkin ... 532
Blennorrhoische Myocarditis, von Councilman ... 709
Blennorrhoische Urethralstriktur bei einem Kinde, von MacMunn ... 710
Über Tripperrheumatismus bei Kindern, von Richardière ... 710
Fall von blennorrhoischem Rheumatismus mit visceralen Komplikationen bei einem 10jährigen Mädchen (Stuprum), von Chiasso und Huardi ... 710
Synovitis blennorrhagica suppurativa, von Tollemer und Macaigne ... 710
Über den Vorteil des Gebrauches von gefärbten Injektionen bei hartnäckigem Tripper, von Fenwick ... 710
Die Blennorrhoe und ihre Behandlung ... 711
Über mechanische Behandlungsweisen der chronischen infiltrierenden Urethritis, von Lohnstein ... 711
Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe nach Dr. Oberländer und das Elektrourethroskop nach Oberländer, von Neebe ... 711
Gegen den Tripper ... 712
Abortivbehandlung des Trippers, von Costa ... 712
Über die Urethralausspülungen mit Lösungen von Kalium permanganicum bei Blennorrhoe, von Molinié ... 712
Ichthyollösungen bei Katarrhen der Urethra, von Villetti ... 713
Ichthyol bei Erkrankungen des Urogenitalsystems, von Lohnstein ... 713
Die Behandlung der Vulvovaginitis blennorrhoica, von Talamon ... 714

Verschiedenes.

Die Diaskopie der Hautkrankheiten, von Unna ... 170
Über die Hauttransplantation nach Thiersch, von Helferich ... 172
Veränderung der Zungenoberfläche bei einzelnen Influenzaepidemien, von Raymond und Netter ... 172
Papillitis lingualis, von Duclaix ... 343
Mykosis versicolor bei kleinen Kindern, von Fournier und Sabouraud ... 343
Zur Behandlung der Zungenangiome, von Lefèvre ... 344
Plica polonica, von Ohmann-Dumesnil ... 344

IV. Notizen.

Berichtigung, von v. Watraszewski ... 276
Berichtigung, von Herxheimer ... 276

Seite
Personalia 276
Anfrage 276
Daniel Danielssen† 464
Anfrage 464
Antwort auf dieselbe 532. 662
Erwiderung auf Prof. Picks Erklärung, von Neebe 558
Berichtigung, von Nielsen 714

V. Sachverzeichnis 715
VI. Namenverzeichnis 743

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.
Über die Trichorrhexis des Kopfhaares der Konstantinopeler Frauen, von Menahem Hodara. (Tafel I) 173
Multiple Neurofibrome der peripherischen Haut- und Muskelnerven mit Fibroma molluscum, von Brigidi. (Tafel II) 190
Zweiter Beitrag über eine epidemische Hautkrankheit, von Savill. (Tafel III) . 287
Über den Lupus erythematosus (Ulerythema centrifugum), von Buri. (Tafel IV und V) 345
Über hypertrophische Makrochirie des rechten Oberarmes, von Chassiotis 675

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 1 1. Juli 1894.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 5 1897

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Die Färbung der Epithelfasern.

Von

P. G. Unna.

Nur schrittweise nähern wir uns einer genaueren Kenntnis der Protoplasmastruktur. Es ist in der That, als ob jedes einzelne Strukturelement des Protoplasmas erst für sich auf tinktoriellem Wege von uns gleichsam erobert, dem Gesamtprotoplasma abgerungen werden mufs. Eine solche für die Kenntnis der Deckepithelien sehr wichtige Errungenschaft ist fraglos die Entdeckung der Epithelfaserung. Aber darüber herrscht doch wohl allgemeine Übereinstimmung, dafs kein einziges derartiges Strukturelement, wenn es noch so wichtig ist, allein den Anspruch erheben darf, als das Protoplasma schlechthin bezeichnet zu werden.

Diese Bemerkungen einer technischen Besprechung der Darstellung der Epithelfaserung voranzuschicken, scheint mir notwendig, da es sehr verführerisch für jeden ist, welcher die immer wichtiger werdende Lehre von der Epithelfaserung durch eigene Arbeiten auszubauen gedenkt, in den Epithelfasern das Wesen oder wenigstens den Hauptbestandteil des lebendigen Zellenleibes zu sehen. Ich stimme vollkommen mit Kromayer überein, der durch Verbesserung der Technik den wesentlichsten Fortschritt auf diesem Gebiete erzielt hat, dafs die Epithelfasern nur die Bedeutung einer Schutzsubstanz für einen beschränkten Teil der Oberhautzellen besitzen; sie dienen dem Zusammenhalt der Epithelien untereinander und an der Cutis und bewirken wahrscheinlich zugleich eine Art Steifung, resp. Härtung und Elasticität der ersteren. Von einer solchen Überschätzung der Fasern, als sei in ihnen das Protoplasma, als sei in ihrer spezifischen Färbung eine spezifische Färbung des Protoplasmas gegeben, mufste schon die von Kromayer gefundene Thatsache zurückhalten, dafs dieselben in den saftigeren, grofszelligen Deckepithelien der Schleimhäute nur in sehr geringer Ausbildung vorkommen. Ganz unmöglich wird eine solche Vorstellung sodann durch den von mir geführten Nachweis, dafs bei einer Reihe von Hautaffektionen (Carcinome, Naevi) die Deckepithelien

selbst ihre Epithelfaserung verlieren, ohne im mindesten ihren Epithelcharakter aufzugeben. Im Gegenteil, was Protoplasmamassen epithelialer Natur bedeuten, sieht man nirgends besser als an den alveolären Krebsen gerade im Momente, wo sie ihre Epithelfaserung verlieren und die Zellen dabei erheblich an Volumen gewinnen. So wenig das Keratohyalin das notwendige Zeichen der Verhornung ist, da viele Verhornungen ohne Abscheidung von Keratohyalin vor sich gehen, so wenig bildet die Epithelfaserung den wichtigsten oder auch nur einen notwendigen Bestandteil des Epithelleibes.

Dafs ich mit dieser Warnung nicht Eulen nach Athen trage, beweisen am besten einige Citate aus KROMAYERS eigener Arbeit.[1] Er sagt auf der letzten Seite bei Gelegenheit der Besprechung der Faserung in mitotisch sich teilenden Epithelien: „Es machte ganz den Eindruck, als ob das gesamte Protoplasma um die Mitose als schützende Hülle herangezogen sei". Hier steht Protoplasma = Epithelfaserung, denn dafs die Mitose vom Protoplasma überhaupt umgeben ist, wäre nichts Neues. Sodann einige Zeilen weiter: „Das Protoplasma macht daher mehr den Eindruck einer Körnung, als den einer Faserung." Hier ist wieder das Strukturelement mit dem Protoplasma schlechthin identificiert. Und ebenso nennt KROMAYER seine neue Färbungsmethode der Faserung am Schlusse kurz „eine Färbemethode für das Protoplasma". Gewifs sind demjenigen Autor, welcher am meisten für die Kenntnis eines Gegenstandes geleistet hat, einzelne über das Ziel hinausschiefsende Ausdrücke am wenigsten zu verübeln. Und dafs KROMAYER in der That die Epithelfaserung durchaus nicht mit dem Protoplasma identificiert wissen will, geht nicht blofs aus der ganzen Arbeit, sondern auch aus manchen direkten Äufserungen hervor. So z. B. pag. 144: „. . . das unendlich feine Faserwerk, welches das Protoplasma der Epithelzellen in allen Richtungen des Raumes durchzieht" u. s. f. Aber Principiis obsta! Mit der Identificierung aller möglichen, spezifischen Körnungen innerhalb des Protoplasmas mit dem Protoplasma selbst ist bereits soviel gesündigt worden, dafs eine ernste Warnung in dieser Richtung auf dem noch jungen Gebiete der Epithelfaserung nicht überflüssig ist.

Aufser der von KROMAYER angegebenen Jodmethode habe ich noch drei andere Methoden zur Darstellung des Epithelfaserapparates benutzt, welche durchaus nicht gleichwertig sind und sich in wünschenswerter Weise ergänzen. Während die Jodmethode in vollendeter Ausführung die Fasern isoliert zur Darstellung bringt, auf der anderen Seite aber von der umgebenden Masse des Epithelleibes kaum eine Andeutung sehen läfst, erreicht man mit den anderen Methoden eine scharfe Darstellung der

[1] KROMAYER, Die Protoplasmafaserung der Epithelzelle. *Waldeyers Archiv.* Bd. 39. pag. 141.

Epithelfasern hauptsächlich nur dort, wo sie bereits isoliert verlaufen, in den Stacheln, den Intercellularbrücken. Dafür treten aber bei ihnen die übrigen protoplasmatischen Substanzen besser gefärbt hervor; man erhält bei ihnen überhaupt mehr den Eindruck, dafs man es mit faserdurchsetzten Zellen und nicht lediglich mit Fasersystemen zu thun hat. Ich will diese letzteren Methoden zuerst besprechen.

I. Wasserblau-Orcein-Methode.

Gelegentlich der Bearbeitung der hyalinen Degeneration der Epithelien bei Krebsen machte ich die Bemerkung, dafs durch successive Behandlung der Schnitte mit Wasserblau (oder Alkaliblau) und Orcein (GRÜBLER) der Stachelpanzer der Epithelien gut zur Anschauung gebracht wird. Hierunter verstehe ich — wie in der ganzen folgenden Darlegung — natürlich eine tinktorielle Auslese des Stachelapparates; denn dafs auch ohne jede spezifische Färbung, nur durch starke Abblendung des Lichtkegels das Stachel- und Fasersystem im Epithel besser zu Gesicht gebracht werden kann, ist selbstverständlich und wohl allgemein bekannt. Hier handelt es sich jedoch nur um die Färbung der Stacheln aufsen und der Fasern im Innern des Epithelkörpers, wobei dieselben um so besser hervortreten, je mehr das Präparat von Licht durchflutet wird. Diese Darstellung ist der Schattendarstellung ungefärbter oder diffus gefärbter Präparate — wie überall in der Histologie — weit überlegen und allein berufen, gewisse Streitfragen und Zweifel, welche beim Gebrauch der Schattenbilder unerledigt bleiben mufsten (Vereinigung der Stacheln, elastische Knoten RANVIERS etc.), definitiv zu entscheiden.

Die Ausführung dieser Methode ist sehr einfach. Die Schnitte kommen auf zehn Minuten in eine 1%ige wässerige, neutrale Lösung von Wasserblau (Alkaliblau), werden leicht in Wasser abgespült und circa fünf bis höchstens zehn Minuten lang der Wirkung einer neutralen, spirituösen (1%igen) Orceinlösung[2] ausgesetzt. Hierauf entwässert man die noch blauen Schnitte in Alcohol absolutus und bringt sie in Öl und Balsam.

In dem blaugefärbten Epithel treten die Stachelreihen mit den dazwischen liegenden Lymphspalten ausgezeichnet scharf und klar hervor. An dickeren Schnitten sieht man sie, wie gewöhnlich, an den Zellgrenzen enden und mithin einfache Intercellularbrücken bilden. An sehr feinen Schnitten jedoch verfolgt man auch ihre Fortsetzungen in die Epithelien hinein. An diesen erscheint überhaupt der ganze Zellenleib sehr wenig kompakt und ungewöhnlich durchsichtig. Er zeigt sich zusammengesetzt aus einem graublau gefärbten, unregelmäfsigen Maschennetz. Es macht zunächst den Eindruck, als ob die Stacheln sich innerhalb der Zellen

[2] Wie immer ist hier nur das von GRÜBLER bezogene Orcein gemeint.

einfach in dieses Maschennetz auflösen. Bei eingehenderer Untersuchung mit Ölimmersion und starken Vergrößerungen sieht man jedoch, daß die aus den Stacheln herkommenden Epithelfasern den äußeren Zellenleib jedenfalls in radiärer Richtung vielfach durchsetzen und sich daselbst an die Balken des Protoplasmanetzes nur anlegen. In der Kernnähe allerdings verschwinden die meisten und mögen daher hier vielleicht das Maschenwerk des Protoplasmas mit bilden helfen.

Diese Färbemethode deckt schon neben den Epithelfasern einen Teil der Struktur des protoplasmatischen Zellenleibes auf. Deswegen, sowie ihrer großen Einfachheit halber empfehle ich sie zur Untersuchung der Epithelfaserung in erster Linie. Von einem körnigen Protoplasma sieht man in den so gefärbten Epithelien nichts; dasselbe wird offenbar durch das saure Wasserblau überhaupt nicht kräftig vorgefärbt.

Von dieser Methode giebt es noch mehrere Modifikationen, welche ganz hübsche Bilder des Stachelpanzers liefern, aber für die Lehre von der Epithelfaserung nicht dieselbe Bedeutung besitzen, wie die eben genannte Hauptmethode.

Färbt man zehn Minuten mittelst Wasserblau vor und etwa eine halbe Stunde oder länger mit neutralem Orcein nach, so treten die Zellkörper der Epithelien in einer dunklen, graublauen Mischfarbe beider Farben stark hervor, die Intercellularbrücken sind ungemein deutlich, aber die innere Struktur des Zellleibes, sowie der Verbleib der Fasern in demselben wird verschleiert. Das Kollagen in diesen Präparaten ist dunkelviolett gefärbt.

Noch schärfer heben sich die Grenzen der Epithelien ab, wenn man statt mit der neutralen Orceinlösung mit einer sauren, z. B. der für die Darstellung des Elastins gebräuchlichen nachfärbt. Die Zellkörper der Epithelien treten sehr dunkel, braunblau bis blauschwarz hervor und ebenso die stark gefärbten Intercellularbrücken in den hell ausgesparten und scharf konturierten Lymphspalten. Da die saure Lösung das Wasserblau nachträglich verstärkt, so sind die Kerne und besonders die Kernkörperchen bei dieser Behandlung reiner und tiefer blau gefärbt. Das Elastin macht sich auch natürlich dunkelbraun neben dem Kollagen geltend. Die äußere Begrenzung der Epithelien und ihr Stachelpanzer ist an diesen Präparaten stark elektiv gefärbt, aber die innere Epithelfaserung unsichtbar geworden.

Ebenso gute Bilder des äußeren Stachelapparates erhält man, wenn man nur ganz kurz, etwa eine Minute, mit Wasserblau vorfärbt und um so länger (30 Minuten und mehr) mit neutraler Orceinlösung nachfärbt. Dann ist fast alles Wasserblau aus dem Gewebe durch Orcein ausgezogen und ersetzt; nur die Kernkörperchen halten noch ein wenig Wasserblau zurück. Die Epithelien mit ihrem Stachelapparate sind auf das Schönste

rein braun gefärbt, und zwar besitzt das Oberflächenrelief der Zellen eine Deutlichkeit, wie einfach mit Orcein gefärbte Präparate sie nie aufweisen. Die Ablösung beider Farbstoffe am Präparate ist nämlich hierzu durchaus erforderlich, wie Kontrollfärbungen mit beiden Farben einzeln leicht ergeben.

Die genannten drei Modifikationen der Wasserblau-Orcein-Methode sind mithin nur brauchbar zur scharfen Definition der Epithelgrenzen, der Lymphspalten und des in ihnen verlaufenden äufseren Faserapparates. Zugleich aber lernt man aus ihrer Betrachtung, worauf der Vorzug der Hauptmethode beruht. Es kommt eben darauf an, dafs aus der diffusen Wasserblaufärbung der Epithelien das neutrale Orcein die Farbe des Protoplasmas nur soweit auszieht, dafs das netzartige Gerüst und die eingewirkten Fasern blau zurückbleiben. Diese Entfärbung bewirkt das Orcein auf Grund des allgemeinen, für alle Färbungen gültigen und von mir vor längerer Zeit nachgewiesenen Gesetzes, nach welchem alle Färbungen vorzugsweise diejenigen Strukturelemente von anderen Farben befreien, welche sie selbst mit Vorliebe anfärben. Wie die starken Nachfärbungen mit Orcein beweisen, hat dasselbe eine gewisse Verwandtschaft zu der innerhalb des fädigen Gerüstes vorhandenen Protoplasmamasse, deshalb kann es auch als Entfärbungsmittel für diese letztere dienen. Nur mufs man das Orcein nicht so lange einwirken lassen, bis es sich selbst an die Stelle des Wasserblaues setzt, da dann der Einblick in die innere Zellenstruktur wieder verschlossen wird und statt eines fädigen Gerüstes ein mit Stacheln dicht besetzter, solider Zellklumpen sichtbar wird; dieses Bild zeigen die drei anhangsweise von mir ausgeführten Wasserblau-Orcein-Kombinationen.

II. Hämatoxylin-Pikrin-Methode.

Hämatoxylin wurde wohl zuerst zur Darstellung der Epithelfasern gebraucht, denn bei starker Überfärbung mit diesem Farbstoffe treten dieselben schon etwas, wenn auch nur schwach hervor. Einen wesentlichen Fortschritt in dieser Richtung erzielt man aber durch Entfärbung der stark überfärbten Schnitte mittelst Pikrinsäure. Die Ausführung dieser einfachen Methode ist folgende.

Die Schnitte kommen eine halbe Stunde bis eine Nacht in eine stark färbende, hämateïnreiche, gut ausgereifte Hämatoxylinlösung, etwa die von DELAFIELD, MAYER oder mir.[3] Nach leichter Abspülung in Wasser bringt man sie auf eine halbe Minute in eine gesättigte, wässerige Pikrinlösung und darauf 20—30 Sekunden in ½%ige spirituöse Pikrin-

[3] Hämatoxylin 0,5, Spiritus 10,0. Sol. H_2O_2 10,0, Glycerin 10,0, Soda 0,1, Alaun 2,5, Aqua ad 100.

säurelösung zur Entwässerung, weiter in Alcohol absolutus zur Abspülung des überflüssigen Pikrins, dann in Öl und Balsam.

Zur raschen Übersicht des Verhaltens der Epithelfaserung überhaupt, beispielsweise um das Vorhandensein oder die Abwesenheit derselben in einer fortschreitenden Krebswucherung nachzuweisen, genügt schon die hier angegebene Färbung, welche überdies noch manche andere Vorteile in sich vereinigt. Die Kerne werden viel stärker gefärbt als bei der vorhergehenden Methode, und die Mitosen treten besonders dunkel und scharf gezeichnet hervor. Das Epithelprotoplasma hebt sich in einer dunklen bläulich-bräunlichen Mischfarbe stark von dem gelb gefärbten Bindegewebe ab, so dafs schon bei schwacher Vergrößerung der kleinste Epithelherd im Bindegewebe auffällt. Ebenso zeichnen sich innerhalb des Epithels wiederum die hyalin degenerierten Stellen durch ihre gelbe Farbe aus.

Aber über das Verhalten der Fasern im Innern der Epithelien giebt die Hämatoxylin-Pikrin-Methode keinen Aufschlufs; hierzu ist das Protoplasma der Zellen zu intensiv mitgefärbt. Fragen wir uns, welcher Teil der Zellensubstanz hier angefärbt ist und den Einblick in ihre innere Struktur erschwert, so ist es derselbe, welcher bei der dritten Modifikation der Wasserblaumethode durch Orcein überfärbt wurde; hier hält er das Hämatoxylin in blauer Farbe fest. Allerdings kann man durch eine schwächere Hämatoxylinvorfärbung oder intensivere Pikrinentfärbung auch diesen Protoplasmateil ziemlich oder sogar vollständig entfärben; die Zellen stellen dann ebenfalls ein filigranartiges Maschenwerk von gelbgrauer Farbe dar. Aber diese Färbung ist wenig intensiv und ein Verfolgen des äufseren Faserapparates innerhalb dieses Zellgerüstes, welches bei der Wasserblau-Orcein-Methode leicht gelingt, ist schwierig oder unmöglich.

III. Hämatoxylin-Orcein-Methode.

Durch Nachfärbung stark hämatoxylinierter Schnitte mit neutraler Orceinlösung gewinnt man sehr hübsche Färbungen der Stachelschicht, in welchen das Oberflächenrelief, die Intercellularbrücken und Lymphspalten ausgezeichnet gut hervortreten. Diese Färbung giebt mithin ganz analoge Resultate wie die Hämatoxylin-Pikrin-Methode, doch entfärbt das Orcein das Blau des Hämatoxylins nicht so stark wie die Pikrinsäure. Man läfst die Schnitte eine Nacht in der Hämatoxylinflotte und nach Abspülung in Wasser 10—20 Minuten in der spirituösen neutralen Orceinlösung. Darauf kommen sie in Alcohol absolutus, Öl und Balsam.

Man findet die Kerne sehr stark gefärbt, ebenso den Protoplasmaleib, an dessen äufserer Grenze die prachtvoll hervortretenden Stacheln verschwinden. In das Innere der Epithelien ist das Fasersystem auch hier nicht zu verfolgen. Wegen der starken Färbung des Protoplasmas eignet

sich die Methode auch besonders zum Studium der Epitheldegenerationen und des Verhaltens der Stacheln bei denselben und zwar nicht blofs — wie die Hämatoxylin-Pikrin-Methode — zur Untersuchung des Epithelhyalins, sondern auch zum Studium der verschiedenen Erweichungsprozesse des Epithels.

IV. Jodmethode.

Ich gebe in Folgendem zunächst die Originalmethode von KROMAYER wieder, wie sie dieser Autor nach vielen und mühsamen Versuchen in der oben citierten Arbeit niedergelegt hat.

Als erste Bedingung einer gelungenen Darstellung der Epithelfasern stellt KROMAYER die äufserste Feinheit der Schnitte hin (5—2,5 μ Dicke) und bettet deshalb in Paraffin ein. Die sehr leicht zerreifslichen Schnitte werden vorsichtig durch mehrfach erneutes Xylol von Paraffin befreit und in Alcohol absolutus gebracht, dem langsam Wasser zugesetzt wird, bis die Schnitte sich entrollen. Sodann werden sie auf dem Objektträger mittelst Löschpapier abgetrocknet und mit der Pararosanilinlösung bedeckt. Hierzu eignet sich Methylviolett 6 *B* am besten, das in konzentrierter wässeriger Lösung vorrätig gehalten und zum Gebrauche mit konzentriertem Anilinwasser zu gleichen Teilen gemischt wird. Diese Mischung läfst man fünf Minuten einwirken und spült sie dann ab. Die Jodjodkaliumlösung läfst man einige Sekunden bis eine halbe Minute auf dem Schnitte, spült mit Wasser ab, trocknet mit Löschpapier und bedeckt denselben mit einer Mischung von Anilin 1 und Xylol 2. Bei sehr dünnen Schnitten (2,5 μ) ist ein gröfserer Xylolgehalt erforderlich (Anilin 1 : Xylol 3—4), bei dickeren ein geringerer (Anilin 1 : Xylol $1^2/_3$—1). Der Entfärbungsprozefs mufs mit schwacher Vergröfserung kontrolliert und rechtzeitig durch Übergiefsen mit Xylol sistiert werden, ein Punkt, der gewöhnlich nach einigen Minuten erreicht wird. Zur Vorfärbung eignet sich am besten Alaunkarmin. Die Stücke dürfen nur in absolutem Alkohol gehärtet werden.

Diese Methode erfordert die genaueste Befolgung der gegebenen Vorschriften, wenn gleichmäfsig gute Resultate erzielt werden sollen. Sie ist gewifs für speziell auf den Punkt der Epithelfaserung gerichtete Studien, wie die Abbildungen von KROMAYER zeigen, sehr wertvoll. Mir kam es bei meinen Arbeiten aber darauf an, jedwedes Präparat gelegentlich auch mittelst der Jodmethode auf Epithelfasern zu prüfen, und so mufste ich mir Mühe geben, die unerläfslichen Vorbedingungen der Paraffineinbettung und feinen Schnitte durch eine Verbesserung der Färbung unnötig zu machen. Denn mein ganzes Material war — schon allein der Zeitersparnis wegen — in Celloidin gebettet, und von vielen Präparaten erreichten meine Schnitte die Dicke von 20 μ und mehr. Es ist mir nun in der That gelungen, mich von diesen Vorbedingungen ganz unabhängig zu

machen, und indem ich so dazu beitrage, die Jodmethode für die Darstellung der Epithelfasern populärer zu machen, als sie es heute noch ist, hoffe ich mir auch den Dank meines Vorgängers KROMAYER zu erwerben.

Die Celloidinschnitte kommen statt in die gewöhnliche Gentiana-Anilin-Mischung in die von mir angegebene Gentiana-Alaun-Mischung[4]:

Gentiana	1,5
Alaun	10,0
Aqua destillata	100,0

auf eine Stunde, natürlich im Schälchen, werden in Wasser abgespült, in einem Schälchen mit 5%iger Jodkaliumlösung und Zusatz eines Jodkristalles jodiert, wiederum in Wasser abgespült, sodann auf den Objektträger gebracht und hier leicht abgetrocknet. Man überspült sie daselbst zuerst mit einigen Tropfen folgender Mischung:

Anilin	10 g
Xylol	40 g

und bewegt das Präparat, bis es wasserfrei ist (ca. 1/2—1 Minute), sodann tropft man von folgender Mischung auf:

Anilin	
Xylol	aa 10 g

worin sie schon nach ca. einer halben Minute die richtige Entfärbungsstufe erreicht haben. Dann spült man sie in Xylol ab, besieht sie mit schwacher Vergrößerung und läßt nötigenfalls die angegebene Mischung noch einige Sekunden weiter wirken. Hierauf kommen sie durch Xylol in Balsam.

Daß die Gentiana-Alaunlösung die Epithelfasern in spezifischer Weise färbt, hatte ich schon in einem früheren Artikel über Kollagenfärbung mitgeteilt. Wie bei der Kollagenfärbung macht man auch hier die Bemerkung, daß durch den Alaunzusatz alles Launische, was der Gentiana-Anilin-Mischung anhaftet, vermieden wird; die Fasern werden durch alle Schichten des Epithels, soweit sie überhaupt färbbar sind, in dicken und in dünnen Schnitten, in normaler und pathologisch veränderter Haut ganz gleichmäßig — allerdings etwas weniger intensiv — gefärbt.

Sehr wichtig ist sodann die Trennung von Entwässerung und Entfärbung, um sichere Resultate zu erhalten. Deshalb kommen die jodierten Schnitte zuerst in eine Anilin-Xylol-Lösung, die soviel Xylol enthält, daß sie gar nicht entfärbt, und zwar so lange, bis die Schnitte vollständig entwässert sind.

Dann folgt die Entfärbung mit der Mischung von gleichen Gewichtsteilen Anilin und Xylol. Wie KROMAYER habe auch ich gefunden, daß

[4] Diese Mischung wird erst beim Gebrauche filtriert und mit der Zeit immer besser, d. h. stärker färbend.

auf die genaue Einhaltung des quantitativen Verhältnisses dieser beiden Bestandteile sehr viel ankommt, und das angegebene Verhältnis (gleiche Gewichtsteile) stellt durchaus keine ungefähre Angabe dar, sondern ist wörtlich genau zu nehmen. Ich experimentierte auch zuerst mit Raumteilen und mit Abzählung möglichst gleich grofser Tropfen, fand aber diese Bestimmung zu ungenau und daher unzuverlässig. Ich ging deshalb zur Durchprobierung von Gewichtsteilen beider Substanzen über. Ein Tropfen Anilinöl aus einem bestimmten Tropfglase wog etwa 0,025 g, ein Tropfen Xylol aus eben demselben 0,015 g. Danach war das gewöhnliche KROMAYERsche Verhältnis 1 Anilin : 2 Xylol etwa durch folgendes Gewichtsverhältnis repräsentiert:

25 g *Anilin* + 30 g *Xylol*

und die übrigen Verhältnisse schwankten zwischen:

25 g *Anilin* + 15 g *Xylol* und
25 g *Anilin* + 60 g *Xylol*.

Ich habe die folgenden Verhältnisse genau durchprobiert:

25 g *Anilin* + 20 g *Xylol*,
25 g *Anilin* + 21 g *Xylol* u. s. f. bis
25 g *Anilin* + 35 g *Xylol*.

Alle erwiesen sich als unbrauchbar bis auf drei mittlere Verhältnisse, welche neben 25 g Anilin 23—25 g Xylol enthielten. Schon diejenigen mit 22 und 26 g Xylol waren wesentlich schlechter, die nächstfolgenden ganz unbrauchbar. Unter den guten Verhältnissen erschien mir das von genau gleichen Gewichtsteilen als dasjenige, welches am sichersten und intensivsten die richtige Färbung gab. Dieser Umstand mag zufällig sein; aber man wird mir, der ich die chemische Theorie der Färbung und Entfärbung durch viele Arbeiten gestützt zu haben glaube, nicht verübeln, wenn ich in der Güte der Mischung zu genau gleichen Gewichtsteilen etwas mehr als einen puren Zufall sehe.

Ich kann es daher auch nicht mehr gutheifsen, wenn man in Zukunft bei der ungefähren Angabe von Raumteilen stehen bleibt. Vielleicht findet sich, dafs wir auch sonst durch genauere Berücksichtigung des Gewichtes unserer Farben und Entfärbungsmittel zu exakteren Resultaten kommen.

Als Vorteile meiner Modifikation der KROMAYERschen Methode betrachte ich:

1. Die einfachere Manipulation, wozu die Färbung und Jodierung im Schälchen gehört.
2. Die Sicherheit des Erfolges.
3. Die Möglichkeit, jede Art von Schnitten, Celloidinschnitte und gröbere so zu behandeln.

Erst hierdurch scheint mir die Methode allgemeiner Anwendbarkeit fähig geworden zu sein.

Als gute Vorfärbungen für diese Art der Jodmethode sind einfache oder starke Tinktionen mit Karmin (z. B. Alkohol-Karmin nach MAYER) oder Hämatoxylin zu empfehlen. Man sieht dann überall die blauen Epithelfasern an den Zellgrenzen in die rote (resp. violette) Zellsubstanz eintreten.

Über Erythromelalgie.

Vortrag (mit Krankendemonstration), gehalten am 16. Mai 1894 in Breslau auf dem IV. Kongrefs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Von

Dr. A. STAUB-Posen.

Meine Herren!

Ich möchte mir erlauben, Ihnen einen Fall von Erythromelalgie vorzustellen. Auf den eigentümlichen, aus Schmerz und Rötung an den distalen Gliedmafsen sich zusammensetzenden Symptomenkomplex ist die Mehrzahl der Ärzte durch die Demonstrationen von GERHARDT,[1] EULENBURG,[2] SENATOR[3] aufmerksam gemacht worden; die Lehrbücher der inneren Medizin und Neurologie,[4] auch dermatologische Journale[5] brachten schon früher Mitteilungen darüber.

Während GERHARDT darauf aufmerksam macht, dafs die Ätiologie des Leidens nicht feststeht, betonen die meisten Autoren die vasomotorische Natur desselben; EULENBURG nimmt auf Grund seiner Beobachtungen, die eine Kombination mit schweren zentralen Störungen ergaben, die seitlichen und hinteren Teile des Rückenmarkgraus als Sitz der Erkrankung an. NIEDEN[6] berichtet über zwei Fälle von Erythromelalgie, von denen der eine mit Neuritis optica und Stauungspapille kombiniert war, der andere (von Dr. BARDENHEUER beobachtete) zu schwerer Psychose führte. Ärzte, wie Patienten sind daher geneigt, die Prognose des Leidens sehr trübe aufzufassen.

Auch von dermatologischer Seite ist zur Frage der Erythromelalgie

---

[1] Cf. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 39.

[2] *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 45, und *Naturforscher-Versammlung Nürnberg.* 1893.

[3] *Berlin. klin. Wochenschr.* 1892. No. 45.

[4] ERB, *Elektro-Therapie.* 1882.

[5] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. (Ref. aus MARCACCI, *Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle.* 1887. F. 5.)

[6] *Arch. f. Augenhlkde.* 1893. Bd. XVIII. No. 1.

bereits Stellung genommen worden. KAPOSI[7] berichtet über einen Fall von Hyperhidrosis an Flachhand und Fufssohle, bei dem bei psychischer Erregung Cyanose und Parästhesien, Taubheitsgefühl und wie durch Nadelstich erzeugte, prickelnde Schmerzen auftreten, Erscheinungen, die hier durch zentrale Erregung ausgelöst wurden und an Symptomenkomplexe erinnerten, wie sie sonst durch Verletzungen im Plexus brachialis hervorgebracht wurden. LEWIN[8] verdanken wir eine ausführliche Monographie über Erythromelalgie, worin alle bekannten Fälle der Litteratur und neu beobachtete in drei Gruppen untergebracht werden: erste Gruppe, solche, bei denen eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems vorliegt, zweite Gruppe, solche, in welchen Hysterie oder allgemeine nervöse Erscheinungen bestehen, dritte Gruppe, solche, bei denen die Symptome der Erythromelalgie als alleinige Erkrankung bestehen und sich als Neuritis oder Neuralgie mit oder ohne genaue Lokalisation erweisen.

Mein Fall wird von LEWIN der ersten Gruppe zugesellt. Es ist nun meine Absicht, an diesem Falle auf einen Punkt aufmerksam zu machen, der in den bisherigen Publikationen nicht betont ist und für die pathologische Auffassung sowohl, als die Therapie, die ja ziemlich allgemein als fruchtlos dargestellt wird, von Wichtigkeit sein dürfte: nämlich eine Schwellung der Knochenteile an den afficierten Stellen. Während noch im vorigen Jahre die bisherigen Erfahrungen dahin zusammengefafst wurden,[9] dafs die Symptome an den distalen Gliedmafsen in einer Verdickung des Unterhautbindegewebes bestehen ohne Schwellung von Knochen und Gelenken, konnte ich im vorliegenden Falle an allen neu an den Fingern auftretenden Krankheitsherden neben der Bildung von Erythemflecken und Papeln und neben der Schwellung des Unterhautbindegewebes stets eine akute, sehr schmerzhafte Anschwellung der betroffenen Phalangen und ebenso der Gelenkenden konstatieren, die denn auch, solange der Schwellungsprozefs die Gelenkgegenden occupierte, zu einer bedeutenden Herabsetzung der Beweglichkeit an der betreffenden Stelle führte; ebenso konnte ich noch lange nach dem Erlöschen des akuten Prozesses, während die erythematöse oder cyanotische Verfärbung der Haut weiter bestand, eine nun nicht mehr schmerzhafte geringe Vergröfserung des Phalanxgerüstes, an einzelnen Stellen mit Osteophytwucherung, beobachten. Sie werden zugestehen, meine Herren, dafs diese typischen entzündlichen Erscheinungen unsere Aufmerksamkeit verdienen.

Unser Patient, stud. med., 22 Jahre alt, litt früher mehr, wie jetzt, an Migräne und Flimmerskotom; er ist hochgradig myopisch; er hatte oft,

---

[7] *Wien. med. Bl.* 1894.
[8] *Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 3ff.
[9] *Med. Real-Encyclopädie.* 1893.

in Verbindung mit Magenindispositionen, Urticariaanfälle; nach Brom-gebrauch (wegen seines jetzigen Leidens) sehr starke Brom-Akne. Ende Februar 1893 stellten sich bei ihm sehr starke Schmerzen in den Kuppen des Daumens und Zeigefingers der linken Hand ein, mit Rötung und Schwellung, die kreisförmig nach unten abgegrenzt waren; Ende April dieselben Symptome an der Kuppe des dritten Fingers, November des vierten Fingers, vor einigen Wochen auch am kleinen Finger und jetzt auch an den Zehen des linken Fufses. Die Erscheinungen, die im Winter 1893 dem Patienten zuerst als Erfrierung erschienen, blieben an den afficierten Stellen zunächst stationär. Nur am Zeigefinger zog sich die Röte allmählich an der Streckseite herunter, ebenso die Schwellung und Schmerzhaftigkeit; es wurde stets ein Segment des Fingers nach dem anderen ergriffen; erst wenn die Schwellung und Schmerzhaftigkeit an dem peripheren Segment nachgelassen hatte, kam das benachbarte, zentripetale, an die Reihe. An der Volarseite des Zeigefingers zeigten sich im Sommer erst mehr einzelne rote Flecke; seit Oktober 1893 ist die Röte dort persistent, ebenso wie an der dorsalen Seite. Die Röte überdauert allenthalben den Schwellungsprozefs. An der Volarseite des Metakarpo-Phalangeal-Gelenkes zeigten sich im Herbst 1893 als Vorläufer eines dort einsetzenden sehr schmerzhaften Schwellungsprozesses drei etwa linsengrofse Erythempapeln. Seit derselben Zeit ein flacher, pfenniggrofser, auf Druck fast ganz verschwindender Fleck am Dorsum manus, etwa in der Mitte, und ein ebensolcher an der radialen Streckseite des Handgelenks, linsengrofs. Alle erythematösen Erscheinungen präsentierten sich anfangs hellrot, dann dunkel-blaurot, zeigen nicht immer die gleiche Farbenintensität, sind aber stets persistent, auf Druck verschwindend. Von diesen hyperämischen Stellen kontrastieren sehr stark einzelne ganz hellweifse anämische Stellen an der Streckseite des dritten und Ringfingers. So gestalteten sich im ersten Halbjahre die lokalen Erscheinungen bei dem Patienten. Die Schmerzhaftigkeit war sehr stark, die Nachtruhe häufig gestört; dazwischen Migräneanfälle und zwei vorübergehende, kaum eine Stunde andauernde Anfälle von Schwindel mit Bewegungsunfähigkeit der linken Seite und ein neuntägiges Krankenlager, währenddessen hartnäckiger Schwindel und Erbrechen bestand.

Soweit ist der Fall bereits von LEWIN und BENDA beschrieben und wohl namentlich auf Grund der letzten Erscheinungen gruppiert worden. In dem zweiten Halbjahre des Bestehens der Affektion haben sich nun nach einer kurzen zweiwöchentlichen Remission neue, viele Monate andauernde Schwellungen gezeigt, 1. an der Phalanx prima des Zeigefingers der linken Hand, 2. am Metakarpo-Phalangeal-Gelenk des Zeigefingers, 3. ist der Prozefs am dritten Finger über die dritte und zweite Phalax gewandert, 4. ist er ebenso am Daumen und am Ringfinger ein Stück

nach unten über die ganze dritte Phalanx gewandert, 5. zeigt er sich jetzt auch an den Zehen des linken Fufses, überall mit oft sehr starken Schmerzen und überall mit den schon genannten Schwellungserscheinungen an Haut und Knochen. Aber nie haben sich wieder allgemeine Erscheinungen, wie in dem ersten Halbjahre, gezeigt. Unter Behandlung mit Natrium salicylicum scheinen die lokalen Erscheinungen einen viel schnelleren Ablauf zu nehmen, Schmerzhaftigkeit und Schwellung lassen schneller nach, so dafs Ende Februar 1894 Patient, ganz frei von Schmerzen, sich aufserordentlich erholte und während eines dreiwöchentlichen Remissionsstadiums um 13 Pfund an Körpergewicht zunahm; als Mitte März sich neue Attacken von Schmerz mit neuer Schwellung am Zeigefinger und im April an den Daumen, Ring- und dritten Finger sich einstellten, hat dann auch das Allgemeinbefinden wieder gelitten, aber es sind keine allgemein nervösen Erscheinungen aufgetreten. Ich hoffe, dafs unter kontinuierlicher und ausgiebiger Anwendung von Natrium salicylicum, so wie es gestern CASPARY für hartnäckige Erythemfälle empfohlen hat, der Krankheitsprozefs allmählich schwinden wird.

So wie bei diesem Falle, konnte ich vor zwei Jahren eine eigentümliche Erythembildung, die mit aufserordentlicher Schmerzhaftigkeit verbunden war und deshalb wohl die Bezeichnung Erythromelalgie verdiente, auf eine Kombination mit einem entzündlichen Knochenprozefs zurückführen.

Es handelte sich damals um eine 40jährige Dame, bei der im Sommer 1892 während des Aufenthaltes in einem Bade, angeblich nach einem Insektenstich, ein die Gegend des Olekranons occupierender, hyperämischer Fleck am Ellenbogen des rechten Armes unter Auftreten heftiger, brennender Schmerzen sich zeigte. Dieser erst hell-, dann tief-blaurote Fleck umgab sich mit einem konzentrischen, ebenso gefärbten Ringe und dieser mit einem etwa konzentrischen zweiten Ringe, dessen Rand, etwa $^1/_2$ cm breit, wanderte, so dafs, als ich meine Patientin September 1892 sah, dieser zweite Ring in seiner unteren Peripherie sich etwa in der Mitte des Vorderarmes befand, während die obere Hälfte der Peripherie am Oberarme sich bis ans Schultergelenk erstreckte. Es handelte sich um ein sehr hübsches Erythema exsudativum annulare; nur gehörte es nicht in die Reihe des gewöhnlichen Erythema exsudativum, denn es bestand bereits seit 2—3 Monaten und hielt auch noch viele Monate an, und zweitens war die Schmerzhaftigkeit auffallend, die so grofs war, dafs die Patientin, obwohl das Ellenbogengelenk passiv sehr gut beweglich war, den Arm kaum zu brauchen vermochte und das Allgemeinbefinden sehr stark litt. Aufser der Erythembildung zeigte sich an dem rechten Ellenbogengelenk eine ganz leichte Volumen-

zunahme gegenüber der gesunden Gelenkseite; ich verlegte den Sitz der Schwellung zunächst in die Haut und das subkutane Gewebe, bis sich allmählich unter meiner Beobachtung nach etwa dreimonatlichem Bestand des Leidens eine kleine schmerzhafte Schwellung am Condylus internus des Humerus entwickelte, so schmerzhaft, dafs die Palpation sehr ungern gestattet wurde; die Schwellung wuchs bis etwa Kleinwallnufsgröfse. Dann entwickelte sich auch eine kleine, wenig schmerzhafte Schwellung an den Kleinfingergelenken der rechten Hand, ohne Rötung.

Unter Gebrauch von Natrium salicylicum liefsen die Schmerzen etwas nach, ohne dafs zunächst die Schwellung und Rötung beeinflufst wurden. Antipyrin, in Dosen von zweimal täglich ½ g, linderte ebenfalls die Schmerzen, erzeugte aber nach einigen Tagen ein mächtiges Antipyrinexanthem. Während die Erythem-Flecke, resp. -Ringe mächtig anschwollen, bildete sich am ganzen Körper ein generalisiertes, aus roten Flecken, Papeln und Ringen bestehendes Exanthem, welches in 4—5 Tagen verblafste und dann unter leichter Abschilferung der Haut verschwand. Jetzt begannen unter kontinuierlicher Natrium salicylicum-Behandlung die Erythemflecke am Ellenbogen allmählich blasser zu werden, die Schmerzen nachzulassen und das Allgemeinbefinden sich sehr langsam wieder zu heben. Anfangs Januar schwanden die konzentrischen Ringe, es bestand nur noch der Fleck am Olekranon und Schmerzhaftigkeit des Condylus internus auf Druck; die spontanen Schmerzen waren auf ein Minimum verringert. Erst in den nächsten Monaten schwanden die letzten Erscheinungen von Rötung, Schwellung und Schmerz.

Ob solche Kombination von Erythembildung mit entzündlichen Knochenaffektionen auch in anderen Fällen von Erythromelalgie vorkommt, wird die Erfahrung lehren. Es liefse sich leicht vorstellen, dafs nach längerem Bestande des Prozesses an distalen Gliedmafsen derselbe sich auch an anderen Skelettteilen, z. B. der Orbita, den Schädelknochen oder im Wirbelkanal, etablierte und dann durch Druck der entzündlichen Exsudate schwere nervöse Störungen entständen; oder dafs, wie oft nach infektiösen oder entzündlichen Affektionen sekundäre Neuritiden entstünden; und so wären mit dieser Deutung auch die mit schweren Erscheinungen kombinierten Fälle von Erythromelalgie erklärt. Andererseits würde dann durch eine kontinuierliche Salicyltherapie diese in prognostischer Hinsicht bisher so unangenehme Affektion zur Besserung und Heilung gelangen können.

Über die Beziehungen des Ekzems zu den Schleimhäuten.

Vortrag für den IV. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (Breslau, 14.—16. Mai 1894).

Von

Dr. von Sehlen-Hannover.

Meine Herren!

Wenn ich heute Ihre Aufmerksamkeit auf ein Gebiet lenken möchte, das bisher nur wenig Beachtung gefunden hat, ich meine die Beziehungen, welche zwischen dem Ekzem der Haut und gewissen Erkrankungen der angrenzenden Schleimhäute bestehen, so fasse ich dabei den Begriff des Ekzems in der zuerst von Unna einheitlich gegebenen Definition eines (wahrscheinlich) parasitären Hautkatarrhs, dem er den Namen des seborrhoischen vindicierte. Es liegt mir durchaus fern, bei dieser Gelegenheit eine Diskussion über den ja noch nicht allgemein anerkannten Begriff des Eccema seborrhoicum veranlassen zu wollen. Für uns, die wir uns zur Hamburger Schule zählen, ist damit ein einheitlicher und wohldefinierter Krankheitsbegriff gegeben. Hat man Gelegenheit, die in den Rahmen des Ekzems gehörenden Prozesse am eigenen Leibe zu studieren, so kann man sich nicht wohl der nosologischen Zusammengehörigkeit der verschiedenen Erkrankungsformen entziehen, und ich habe in Kollegenkreisen vielfach die Erfahrung gemacht, daſs die Erkenntnis dieses Zusammenhanges sich je länger um so mehr befestigt, je mehr man darauf zu achten sich bemüht.

Ich will auch hier nicht auf die Frage des Zusammenhanges mit der Seborrhoe eingehen, wie sie von Unna angeregt worden ist. Vielleicht haben wir die Seborrhoe erst als ein Produkt der ekzematösen Erkrankung der Talgdrüsen aufzufassen, jedenfalls müssen wir anerkennen, daſs die charakteristischen Erscheinungen des sogenannten Eccema seborrhoicum auch ohne eine ausgesprochene Seborrhoe zur Beobachtung kommen. Aus diesem Grunde habe ich auch den indifferenteren und ja längst von unserem Altmeister Hebra festgestellten Begriff des Ekzems schlechthin zum Ausgangspunkte meiner folgenden Mitteilungen genommen.

Um Miſsverständnissen vorzubeugen, bemerke ich jedoch, daſs ich die ganze Kategorie der artificiellen Ekzeme, wie sie Hebra bezeichnet hat (vergl. S. 413 ff. seines Lehrbuches, Auflage 1874), hier ausschalte und demnach das Ekzem als eine Dermatitis definiere, die durch einen Hautreiz sui generis von wahrscheinlich parasitärer Natur bedingt wird. Der

Begriff der Dermatitis ist also der umfassendere, und seine Ursachen können mannigfacher Natur sein, während das Ekzem nur eine Art der Dermatitis darstellt und ein in sich abgeschlossenes Krankheitsbild umfaßt, das in verschiedenen Formen vom einfachsten oberflächlichen Hautkatarrh mit trockener Abschilferung bis zu den tiefer greifenden Entzündungen mit Knötchen und Bläschenbildungen etc. auftreten kann.

Die klinische Einheit dieser verschiedenen Erscheinungsformen ist ja schon von HEBRA in seiner klassischen Abhandlung über diesen Gegenstand so klar und überzeugend dargelegt, daß ich vom Standpunkte des Epigonen an dieser Stelle wohl darauf verzichten darf, diese Frage des näheren zu erörtern.

Dies vorausgeschickt, um meinen Standpunkt für die weiteren Erörterungen zu präcisieren, nicht aber, um eine bei den noch vielfach abweichenden Anschauungen immerhin unfruchtbare Debatte über das Ekzem heraufzubeschwören, gehe ich nunmehr auf mein eigentliches Thema ein.

Bei Personen, die mit chronischen Ekzemen behaftet sind, finden wir häufig eine ganze Reihe von Veränderungen der Schleimhäute, die auf einen nahen, um nicht zu sagen ätiologischen Zusammenhang mit der Erkrankung der Haut hinweisen. Am Kopfe zu beginnen, so gesellt sich zum Gesichtsekzem in einer grofsen Zahl von Fällen das Ekzem der Lippen, welches ja bekanntlich mitunter ein recht hartnäckiges und quälendes Leiden darstellt. Die einfache trockene Abschilferung der Lippen, vorzugsweise der Unterlippe, aber auch der Oberlippe, führt in schwereren Fällen zu Einrissen und zur Bildung von Schrunden, die mehr oder minder tief in die äufsere Bedeckung der Lippe eingreifen und schmerzhafte entzündliche Infiltrationen mit und ohne Blutungen veranlassen kann. Für sekundäre Infektionen mit ihren Folgezuständen sind dadurch Thür und Thor geöffnet.

Oft sieht man den Zusammenhang mit dem Gesichtsekzem durch direktes Übergreifen des Prozesses von den Mundwinkeln durch trockene oder nässende Proruptionen vermittelt, und es kann dann nicht wohl ein Zweifel daran bestehen, daß wir es mit einer unmittelbaren Fortleitung des Ekzemprozesses zu thun haben. In anderen Fällen fehlt aber ein solcher direkter Zusammenhang. Manchmal wird man auch dann eine frühere, wenn auch nur zeitweilige Verbindung durch Vermittelung der Mundwinkel nachzuweisen im stande sein, manchmal fehlt aber ein solcher Nachweis. Vielfach werden dann noch floride, ekzematöse Veränderungen des Gesichtes oder der übrigen Körperoberfläche einen inneren Zusammenhang vermuten lassen, mitunter treffen wir aber auch auf scheinbar ganz isolierte Erkrankungen der Lippen, und erst ein genaues anamnestisches Examen des Patienten liefert die Anhaltspunkte, daß zu einer früheren Zeit allgemeinere Ekzemproruptionen der Haut bestanden haben.

Wie am Eingange des Mundes, so finden wir auch am Naseneingange nicht selten ein direktes Übergreifen der ekzematösen Veränderung auf die Innenflächen der Nase, die sich meistens wohl nur bis zur unteren Muschel erstrecken und die bisweilen recht unangenehme Gestalt annehmen durch Krusten- und Borkenbildungen, die sich auf dem entzündlich geröteten, schmerzhaften Grunde immer von neuem ansetzen und das Bild einer chronischen Coryza vortäuschen können. Durch Sekundärinfektion mit Eiterkokken entstehen gelegentlich Furunkel des Naseneinganges, die durch Mitbeteiligung der ganzen Nasenspitze am Entzündungsprozesse recht lästig werden, ja unter Umständen auch schwerere Lymphangitiden oder erysipelatöse Prozesse einleiten. Wie hoch sich die dem Ekzem analogen Veränderungen an der Schleimhaut der Nase hinauferstrecken, ob sie auf die Schleimhaut des Rachens übergreifen und dort in der Gestalt von adenoiden Wucherungen sich etablieren, ob schliefslich der Grund des habituellen Nasenblutens mit seiner bekannten Lokalisation am Septum narium in innigeren Zusammenhang mit dem Ekzem des Naseneinganges gebracht werden darf, diese Fragen zu untersuchen, entzieht sich unserem dermatologischen Spezialgebiete und wird Sache der Rhinologen sein. Mir persönlich ist es allerdings wiederholt aufgefallen, wie häufig man bei Ekzempatienten auch adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes antrifft, doch dürfte eine Entscheidung über diese Frage nur an einem grofsen Materiale durch speziell darauf gerichtete Untersuchungen zu gewinnen sein.

Dagegen erscheint es aufser Frage, dafs die Veränderungen des äufseren Gehörganges, die sich in Form chronischer Katarrhe mit starker Sebumabscheidung so oft bei Ekzematikern finden, auf einen inneren Zusammenhang beider Erscheinungen beruhen und dafs sie demnach als Ekzeme des Gehörganges aufzufassen sind. Ob sich der entsprechende Prozefs bis zum Trommelfell fortsetzen kann und dort in Gestalt von Verdickungen und Trübungen des Trommelfells in die Erscheinung tritt, das genauer festzustellen, wird Sache der Ohrenärzte sein. Es genügt mir, an dieser Stelle auf die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit des inneren Zusammenhanges dieser Erscheinungen hingewiesen zu haben.

Mit Sicherheit aber dürfen wir wohl das Ekzem des Lides mit dem allgemeinen Hautekzem in Beziehung setzen. Patienten, welche an Lidekzem in der bekannten chronischen Form von Schüppchenbildungen an den Wimpern leiden, die sich nicht selten bis zum Borkenansatz und stärkeren Eiterungen steigern, mit allen Folgezuständen der chronischen Entzündung wie Hordeolen und Abscedierungen der verschiedenen Drüsen der Lider, diese Patienten zeigen auch fast immer die eine oder andere Form von Hautekzemen. Der innere Zusammenhang beider Erscheinungen zeigt sich recht oft durch Übergänge des Ekzems von den Augenwinkeln

aus vermittelt, wird aber mit voller Sicherheit erst durch ausgedehntere Untersuchungen des Gegenstandes zu eruieren sein, die ein Zusammenwirken mit den Augenärzten voraussetzt. Die Therapie aber, welche so häufig an der Hartnäckigkeit der chronischen Blepharitis Schiffbruch leidet, muſs durch die klinische Auffassung des Krankheitsprozesses eine wesentliche Änderung und hoffentlich eine Verbesserung erfahren. In der That verfüge ich über eine ganze Reihe von Fällen, in denen ich durch Übertragung der Prinzipien der Ekzembehandlung der Haut auf die Therapie des Lidekzems sehr befriedigende Erfolge zu verzeichnen hatte. In einigen Fällen habe ich ein Übergreifen des Ekzemprozesses bei Gesichtsekzemen auf die Conjunctiva palpebrarum et bulbi beobachtet, die ich wegen ihrer Eigenart etwas eingehender schildern muſs. Es stellt sich Rötung und Schwellung der Conjunctiva ein, die zuerst nur eine verstärkte Thränensekretion bei geringer Schmerzhaftigkeit bedingt, welche bei Anstrengungen des Auges, besonders bei künstlicher Beleuchtung, durch Tabaksrauch, Aufenthalt in staubigen Räumen etc. eine Steigerung erfährt, bei einfacher Schonung des Auges durch Fernhaltung des Reizes aber sich bald wieder beruhigt. Bei anhaltender Einwirkung der erwähnten Schädlichkeiten nimmt aber die Akuität der geschilderten Erscheinungen erheblich zu und kann unter Umständen zu einer intensiven Rötung des ganzen Konjunktivalüberzuges der Sklera führen, so daſs das Auge wie blutunterlaufen aussieht. Dabei besteht profuses Thränen und hochgradige Lichtscheu neben lebhafter Empfindlichkeit, ein Bild, wie es bei Fremdkörpern im Konjunktivalsack sich zu gestalten pflegt. In einem Falle meiner Praxis waren die entzündlichen Erscheinungen so lebhafte, mit reichlicher Eiterung verbundene, daſs ich bei dem stürmischen Auftreten an eine beginnende gonorrhoische Infektion denken konnte. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab jedoch die völlige Abwesenheit von Gonokokken, wie von anderen bakteriellen Erregern. Von einem Fremdkörper war keine Spur vorhanden, ebenso hatte keinerlei äuſseres Trauma das Auge betroffen, Erkältungsursachen waren sicher auszuschlieſsen. Ein Augenarzt, den ich zuzog, verordnete kühlende Umschläge mit Bleiwasser. Die Erscheinungen wurden bei dieser Medikation jedoch statt besser eher noch schlimmer, obwohl dieselbe gewissenhaft 24 Stunden hindurch fortgesetzt wurde. Ein Nachlaſs der Erscheinungen trat erst ein, als ich, durch frühere Erfahrungen belehrt, ein mildes antiekzematöses Regime einleitete, das ich später noch eingehend schildern werde. Nach kurzer Zeit bildeten sich darunter alle Erscheinungen zur Norm zurück.

Ein Beweis mehr, daſs hier in Wirklichkeit eine Form der Conjunctivitis vorlag, die als Ekzem zu bezeichnen ist. Der chronischen Natur des Hautekzems entsprechend sind Recidive nicht selten, wenn die vollkommene Ausheilung nicht durch lange Fortsetzung der Behandlung

erreicht wird. Es genügt dann unter Umständen ein geringer Reiz, wie Aufenthalt in rauchiger oder staubiger Luft, ja ein scharfer Luftzug, um neue Exacerbationen hervorzurufen, wie wir ja auch von den Hautekzemen wissen, dafs sie durch verhältnismäfsig geringe äufsere oder innere Schädlichkeiten von neuem angeregt werden. Ich stehe nicht an, deshalb der Vermutung Ausdruck zu geben, dafs so manche chronische Conjunctivitis auf einem ekzematösen Grundleiden beruht, und dafs manche der auf den landläufigen Begriff der „Erkältung" bezogenen Conjunctivitiden hierin ihre Erklärung finden. Während die Affektion in den meisten von mir beobachteten Fällen, die allerdings nur eine relativ kleine Zahl umfassen, unilateral auftrat und sich zusehends von dem einen (gewöhnlich dem äufseren) ekzematös erkrankten Augenwinkel aus über die angrenzende Partie der Conjunctiva erstreckte, sah ich doch vereinzelt auch, wie in dem eben geschilderten Falle, ein Übergreifen auf die ganze Cirkumferenz der Conjunctiva. Die ringförmige Rötung und Schwellung, welche die Pupille umschlofs, erinnerte dann an Bilder, wie wir sie bei Iritis sehen, ohne dafs ich jedoch eine Beteiligung der Iris am Entzündungsprozesse hätte konstatieren können. Ich erwähne dieses Symptom nur, um die Augenärzte zu einer weiteren Verfolgung dieses diffenrential-diagnostisch nicht unwichtigen Merkmales anzuregen. Beim Nachlassen der allgemeinen Entzündungserscheinungen treten auf der vorher fast gleichmäfsig geröteten Conjunctiva einzelne stärker gefüllte Gefäfse als dunkelrote Streifen hervor, die später neben einer leichten gelblichen Verfärbung der Sklera das einzige Zeichen bilden, dafs der Prozefs noch nicht ganz erloschen ist.

In chronischen Fällen sind die Erscheinungen bei weitem nicht so auffallend und ausgeprägt. Aufser den erweiterten Episkleralgefäfsen findet man nur eine leichte chemotische Schwellung der Conjunctiva, durch welche die Übergangsfalte fast völlig verwischt sein kann. Zwei von mir lange Zeit hindurch beobachtete Fälle führten zu einem ausgesprochenen Ektropion des unteren Lides, das einmal nur einseitig auftrat, im anderen Falle aber bei einem sehr chronischen Gesichtsekzem doppelseitig vorhanden war und den Patienten, einen älteren Herrn, sehr inkommodierte. Von augenärztlicher Seite waren schon mehrfache Spaltungen der Thränenkanälchen mit nachfolgender Sondenbehandlung erfolglos angewandt worden, bevor der Patient mich konsultierte. Er kam zunächst nur seiner Hände wegen, die von einem chronischen Ekzem befallen waren. Das Ekzem des Gesichts hatte ihm infolge des langen Bestandes und bei dem zeitlichen Mangel heftiger Entzündungserscheinungen keinen Anlafs gegeben, ärztliche Hülfe aufzusuchen. Die chronische Infiltration der Gesichtshaut, welche äufserlich nur durch eine leichte Atrophie und geringe Abschilferung gekennzeichnet war, hatte aber ohne Zweifel zu einer totalen Schrumpfung der Haut geführt, die

wie ein Narbenzug das entzündete untere Augenlid umgeschlagen hatte und somit die Ursache des Ektropions abgab. Nach einer monatelangen fortgesetzten konsequenten Ekzembehandlung ging das Ektropion vollständig zurück, und der Patient erfreut sich seitdem eines ganz normalen Aussehens.

In dem anderen Falle sah ich das Ektropion allmählich unter der Behandlung entstehen, weil der Patient, ebenfalls ein Herr in vorgerücktem Lebensalter, die Kur trotz meiner Warnung nicht anhaltend genug fortsetzte und deshalb immer neue Recidive zu verzeichnen hatte. Auch hier wurde aber immer wieder eine Rückbildung in der fehlerhaften Stellung des Lides erreicht, solange der Patient sich einer regelrechten Ekzembehandlung unterzog. War in diesen beiden Fällen die unmittelbare Veranlassung zur Entstehung des Ektropions auch wohl zweifellos die Schrumpfung der Gesichtshaut, so wirkte doch andererseits auch das Ekzem der Conjunctiva seinerseits mit den chronischen Reizzustand der Bindehaut zu unterhalten, und die Behandlung mufste deshalb in gleicher Weise auf die Bekämpfung der letzteren Rücksicht nehmen, wie bei den einfachen Fällen ohne Ektropion.

Auf die Anwendung unseres besten Ekzemmittels, des Schwefels, mufste ich in den gebräuchlichen Anwendungsformen verzichten, weil dieselben von der Conjunctiva nicht gut vertragen werden. Dagegen hatte ich um so glänzendere Erfolge von dem geschwefelten Kohlenstoffe in der Form des Ichthyols zu verzeichnen. In einem besonders heftigen Falle von Conjunctivalekzem bei der Vorsteherin eines Krankenhauses, die mit den verschiedenen der gebräuchlichen Augenmittel schon vergeblich behandelt war und sich schliefslich aufser stande sah, die Funktionen ihrer Stellung zu erfüllen, erreichte ich einen geradezu eklatanten Erfolg mit dem Ichthyol, so dafs die Dame mir schon nach zwei Tagen selber ihren lebhaftesten Dank brieflich aussprechen konnte, während sie vorher kaum im stande war, die Augen offen zu halten.

Den Verhältnissen der Conjunctiva entsprechend, läfst sich das Ichthyol nur in mildester Form anwenden; ich bin durch verschiedene Versuche zu einer weichen Ichthyolzinkpaste gekommen, wie ich sie in analog abgeänderter Zusammensetzung auch bei den Hautekzemen mit bestem Erfolge anzuwenden pflege. Ich verordne:

Ichthyolammon.	0,2—0,5
Amyli tritici	
Zinc. flor.	ää 10,0
Vaselini americani	25,0.

Mf. exactissime terendo pasta mollis.
Ds. Augensalbe.

Die Paste wird wie die gebräuchlichen Augensalben mit einem kleinen Glasstift in die Conjunctiva eingestrichen und pflegt aufser einem

vorübergehenden leichten Brennen keinerlei Unannehmlichkeiten für den Patienten hervorzurufen, man muſs aber darauf achten, daſs die Verteilung des Ichthyols in der Salbenmasse eine recht sorgfältige ist, und daſs die Mischung auch wirklich auf exakteste Weise geschieht, da sonst Reizerscheinungen durch Tropfen konzentrierten Ichthyols erfolgen können. Leider sind nicht alle Apotheken in der Herstellung von Salben gleich zuverlässig. Mitunter können Zinkeinträufelung in der bekannten ophthalmologischen Vorschrift die Heilung begünstigen. Aufserdem lasse ich die Lider nachts mit einem Stück Zink-Ichthyol-Salbenmull von Beiersdorf bedecken, der mir im Laufe der Zeit ein fast unentbehrliches therapeutisches Requisit geworden ist. Leider bekommt man auch davon statt des verordneten Originalpräparates mitunter wertlose, wenn nicht schädliche Nachahmungen, vor denen ich für die praktische Verwendung auf Grund mehrfacher Erfahrungen warnen möchte. In leichteren Fällen der Conjunctivitis ist der Salbenmull schon allein zur Heilung ausreichend, besonders wenn er, wie beim Lidekzem, beim Auflegen etwas in die Lider eingestrichen wird, wobei sich etwas von der Salbenmasse ablöst und innig dem erkrankten Organ anschmiegt.

In ähnlicher Weise verfahre ich auch bei den früher beschriebenen Ekzemen der Lippe und des Naseneinganges, bei denen überdies Sulfur und Resorcin in entsprechender Weise Anwendung finden.

Ohne mich jedoch zu sehr in das Detail der Behandlung zu verlieren, will ich nur noch in kurzen Zügen die übrigen Schleimhäute berühren, auf die ich ein Übergreifen des Hautekzems beobachtet habe.

Beim weiblichen Geschlechte ist die Mamma und die Mündungen ihrer Ausführungsgänge in der Mamilla ein beliebter Sitz des chronischen Ekzems, das sich durch Entzündungsvorgänge von wechselnder Intensität und die Bildung von Rhagaden und Schrunden dokumentiert, die gerade hier so gern der Ausgangspunkt von sekundären Infektionen mit Mastitis und Abscedierungen werden. Regelmäfsige Hautpflege und antiekzematöse Behandlung mit Sulfur und dem Beiersdorfschen Zink-Ichthyol-Salben-Mull leisten auch hier, selbst bei stillenden Frauen, vorzügliche Dienste.

An den weiblichen Genitalien breitet sich das Ekzem mit Vorliebe auf die inneren Teile des Scheideneinganges aus und führt hier zu den äufserst lästigen Labial- und Vaginal-Ekzemen, die durch ihren Juckreiz die Patientinnen bisweilen der Verzweiflung nahe bringen. Wie tief sich der ekzematöse Prozefs auf die Schleimhaut der Vagina fortsetzen kann, ob er zur Metritis und auf dem Wege der Urethra zur Cystitis führen kann, das zu entscheiden fehlt mir das erforderliche umfangreiche Vergleichsmaterial. In einer Reihe von Fällen fand ich allerdings die erwähnten Erkrankungsformen mit dem Ekzem der äufseren Genitalien vergesell-

schaftet und konnte auch eine auffallende Beeinflussung durch antiekzematöse Behandlung konstatieren.

Neben Calomelsalben von hoher Prozentuierung die den Juckreiz wesentlich lindern, erwies sich auch hier die Ichthyolzinkpaste von bester Wirkung. Ich verordne dieselbe in etwas stärkerer Dosierung als beim Conjunctivalekzem:

℞ *Ichthyolammon.* 1,5—2,0
Amyli tritici
Zinci flor. ää 12,0
Vaselini amer. 25,0
Mf. pasta.
Ds. Zink-Ichthyolpaste.

Ob in solchen Fällen Sekundärinfektionen hinzutreten und dann Mischformen des Ekzems vorliegen, das dürfte Sache des Gynäkologen sein in seinen weiteren Konsequenzen zu verfolgen. Der so häufige Fluor albus findet sich in der That meistens bei ekzematösen Patientinnen, doch möchte ich aus meinen wenig zahlreichen bakteriologischen Untersuchungen nicht ohne weiteres den Schluſs ziehen, daſs ein ätiologischer Zusammenhang derselben mit dem Ekzem besteht. Auf weitere Adnexerkrankungen gehe ich hier absichtlich nicht näher ein und begnüge mich diese Fragen angeregt und zur Diskussion gestellt zu haben.

Eine Erscheinung will ich noch erwähnen, wie sie nicht selten an den Genitalien von Ekzematikern beiderlei Geschlechts vorkommt, ich meine den sogenannten Herpes progenitalis. Ohne geradezu behaupten zu wollen, daſs derselbe nur eine besondere Lokalisation des Ekzems vorstellt, so will mir, je länger, je mehr, eine innigere Beziehung beider Prozesse zu einander nicht unwahrscheinlich vorkommen.

An den Genitalien des Mannes beobachten wir sehr häufig eine Veränderung, die ich unmittelbar als eine besondere Lokalisation des Ekzems bezeichnen möchte, das ist die Balanitis. Wenn auch der Präputialsack anatomisch noch der äuſseren Haut zugerechnet werden muſs, so ist doch der physiologische Charakter des inneren Präputialblattes so sehr dem Schleimhaut-Charakter genähert, daſs man besonders bei stark entwickelter Vorhaut fast von einer Schleimhaut reden kann. Aus meinen Beobachtungen habe ich feststellen können, daſs fast alle Ekzempatienten an Balanitis leiden, sei es in stärkerem oder geringerem Grade. Die Hautpflege ist auch hier, wie bei allen Erscheinungsformen des Ekzems, von eminentestem Einfluſs auf das Zustandekommen deutlicher Krankheitserscheinungen. Bei reinlichen Patienten, welche sich regelmäſsige Waschungen des Genitals zur Gewohnheit gemacht haben, trifft man deshalb nur selten stärkere Grade der Balanitis an, selbst wenn sonst die Haut ekzematöse Veränderungen aufweist, dagegen habe ich bei ausgesprochener Balanitis kaum je andere Ekzemformen auf der Haut vermiſst. Der

Zusammenhang beider Erscheinungen scheint demnach ein so inniger, dafs die Identität nicht ausgeschlossen erscheint. Genauere bakteriologische Untersuchungen werden auch hier erst den Beweis liefern können, wenn der Parasit des Ekzems erst unzweifelhaft nachgewiesen ist.

Bei Balanitis findet man mitunter eine der im ganzen seltenen Formen der Urethritis, welche ich im Gegensatz zum Tripper als Urethritis simplex bezeichne. Ich habe im ärztlichen Verein zu Hannover vor einiger Zeit einige mikroskopische Präparate dieser Form vorgelegt. Dieselben stammten von Patienten, welche mit der Befürchtung zu mir kamen, dafs sie sich eine Gonorrhoe zugezogen hatten. Aufser brennenden Schmerzen beim Urinieren bestand eine mäfsige, aber immerhin als Tropfen auszudrückende Absonderung der Harnröhre. Mikroskopisch fehlten Eiterkörperchen und selbstverständlich auch Gonokokken vollkommen. Dagegen fanden sich zwischen den zahlreichen Epithelien neben einer Sorte dünner Bacillen auch Haufen von feinen Kokken, die vielleicht mit dem Morococcus von UNNA identisch sind, soweit sich das ohne genauere Kontrolle durch Vergleichung von Kulturen feststellen liefs.

Ob die mehrfach beobachteten Fälle von sogenannter „kalter Pisse" auf ähnliche Veränderung zu beziehen sind und nur wegen der Geringfügigkeit ihrer Erscheinungen sich der ärztlichen Untersuchung entziehen, das bedarf weiterer Untersuchungen.

Immerhin will es mir nicht ganz undenkbar erscheinen, dafs auch die Urethra der Männer, in die ja nachgewiesermafsen so mancher Infektionskeim eindringt, auch dem Eindringen des Ekzems offen stehen kann. In welcher Form die analoge Veränderung sich darstellt, ob die so häufigen Granulationen der Harnröhre darauf zurückzuführen sind, die man gelegentlich auch bei Männern antrifft, welche nachweislich niemals an Gonorrhoe gelitten haben, das alles sind noch offene Fragen, für deren Beantwortung ich Ihre Geduld, meine Herren, nicht länger in Anspruch nehmen will. Ich hoffe aber, gezeigt zu haben, dafs eine ganze Zahl von Erkrankungen der sichtbaren Schleimhäute in einem evidenten, wenn auch vorerst nur klinisch nachweisbaren Zusammenhange mit dem Ekzem der äufseren Haut stehen. Vielleicht ist die Zeit nicht mehr fern, wo auch der ätiologische Zusammenhang sich sicherer feststellen lassen wird, als bisher.

Nur eine Region des Körpers mufs ich noch kurz berühren, welche oft Sitz von Ekzemen ist, nämlich die rima ani. Auch hier finden wir mitunter direkte Übergänge des Ekzemprozesses auf die Schleimhaut des Afters, welche durch Schrundenbildung oft recht schmerzhafte Gestalt annehmen. Ich erinnere mich eines Falles von einer jungen Dame, bei welcher eine ziemlich lebhafte Entzündung sich eine Strecke weit auf die Schleimhaut des Rectums hinauferstreckte und wo im Anschlufs an das

Analekzem kleine Einrisse und seichte Erosionen an der Umschlagsstelle sich gebildet hatten. Auch hier erwies sich das Ichthyol in milder Form von ausgezeichneter Wirkung. Die Patientin liefs sich bei einem Recidiv vor einiger Zeit noch den Beiersdorfschen Salbenmull nach New York schicken, weil derselbe dort dank der Zollsperre nicht zu haben ist. Sie war von dem Erfolge wiederum sehr befriedigt.

Inwieweit eine der häufigsten Veränderungen der Analschleimhaut, die Hämorrhoiden mit dem Ekzem im Zusammenhange stehen, das will ich hier mehr andeuten als ausführen. Gewifs ist ja die unmittelbare Ursache zur Entstehung der Hämorrhoidalknoten in den Verhältnissen des Blutdruckes und speziell in der venösen Stauung zu suchen, die wir ja auch als Ursache der Varicen an den unteren Extremitäten kennen.

Derartige Varikositäten im Anus können aber unter Umständen jahrelang bestehen, ohne dafs ihr Träger eine Ahnung von ihrer Existenz zu haben braucht. Erst eine besondere Veranlassung führt zur entzündlichen Reizung und damit zur Entdeckung des Knotens. Einen derartigen Anlafs zur Entzündung scheint mir nun das Ekzem abzugeben, und die Berücksichtigung dieses Zusammenhanges dürfte nicht ohne Einflufs auf die Behandlung der Hämorrhoiden bleiben. Man kann sich die Vorgänge auf diesem etwas dunklen Gebiete dabei etwa so vorstellen, wie sie sich an den Unterschenkelgeschwüren vor unseren Augen abzuspielen pflegen.

Die einfache Stauung genügt in den allerseltensten Fällen, um einen Varix zur Entzündung oder Geschwürsbildung zu veranlassen. Meistens finden sich gleichzeitig ekzematöse Veränderungen der Haut in der Umgebung eines solchen Geschwüres, die ihrerseits wiederum lange Zeit vorher bestehen konnten, ohne dafs ein Geschwür sich daraus entwickelt hatte. Erst wenn beide Momente zusammenwirken, wenn auf einer varikösen Unterlage das Ekzem aus besonderen Gründen eine Steigerung erfährt, kommt es zur Geschwürsbildung. In ähnlicher Weise dürfte mutatis mutandis auch die Entzündung an den Hämorrhoidalknoten durch die Einwirkung eines Ekzems veranlafst werden können, ohne dasselbe damit als die alleinige Ursache dafür bezeichnen zu wollen.

Doch ich breche hier ab, um nicht in theoretischen Spekulationen den Boden der Thatsachen unter den Füfsen zu verlieren. Ich habe in meinen Erörterungen wiederholt auf andere Spezialgebiete der Medizin übergreifen müssen, die an den Grenzen unseres Faches liegen. Möglich, dafs sich daraus einige befruchtende Anregung für die Gesamtwissenschaft gewinnen lassen, wie wir sie ja immer von dem intensiveren Ausbau der einzelnen Zweige erwarten dürfen, immerhin dürfte die Wichtigkeit einer sorgfältigen Pflege und eines genauen Studiums der Hautkrankheiten auch für weitere Disziplinen unseres Wissens sich daraus ergeben.

Thesen:

1. Das chronische Ekzem der Haut kann auf die angrenzenden Schleimhäute übergreifen und auf ihnen scheinbar selbständige Erkrankungen hervorrufen.

2. Das Lippenekzem, der Katarrh des äußeren Gehörganges, das Lidekzem und eine bestimmte Form der Conjunctivitis sind als besondere Lokalisationen des Ekzemprozesses anzusehen und entsprechend zu behandeln.

3. Gewisse entzündliche Zustände der Analschleimhaut und der Genitalien bei beiden Geschlechtern scheinen in naher, wenn nicht ursächlicher Beziehung zum Hautekzem zu stehen.

Aus der Praxis.

Acne rosacea.

Von

Dr. Alfred Eddowes-London.

Man findet oft bei Acne rosacea Stellen, die gleichmäßig rot und flach sind, und in welchen es ganz unmöglich ist, die kleinen zahlreichen inficierten Herde genau zu lokalisieren.

Wenn wir Unnasche Pflastermulle auf solche Stellen legen, dann sehen wir gewöhnlich nach vierundzwanzig oder weniger Stunden eine Menge Bläschen, die sich sehr leicht trocken abwischen lassen. Ein solches Mittel paßt jedoch nicht bei vielen Privatpatienten, die nur leicht und oberflächlich an dieser Krankheit leiden, da sie während dieser letzteren Behandlung sich nicht gern sehen lassen können.

Gerade unter solchen Umständen wird man in der Praxis die folgende Methode sehr nützlich finden.

Die angegriffenen Hautpartien werden mit Watte, die mit Äther angefeuchtet ist, sorgfältig von Sekret und Fett gereinigt, und auf die gereinigte Oberfläche wird eine Lösung von Hydrogenium peroxydatum nachher eingerieben. Nach kurzer Zeit sieht man hier und da weiße (oxydierte) Pünktchen. Viele von denselben brauchen keine weitere Behandlung, da sie bald verschwinden.

Die tiefer liegenden Infektionsstellen können nach der gewöhnlichen Methode des Arztes gleich weiter behandelt werden.

Zur Behandlung der Furunkulose.

Von

Dr. W. van Hoorn-Amsterdam.

Von der Überzeugung ausgehend, dafs der Infektionsstoff des Furunkels von aufsen in die Haut dringt, dafs also überall, wo Furunkel auftreten, sich Infektionskeime auf der Haut befinden, die möglicherweise auch an anderen Stellen Furunkel erzeugen, übe ich seit Jahren eine Behandlungsmethode, welche auf allgemeine Desinfektion der Haut, sowie auf Isolation und Desinfektion des kranken Herdes basiert ist.

Das Verfahren ist folgendes: Im warmen Vollbade wird die ganze Haut mit Schmierseife gereinigt. Dann werden die Furunkel und deren Umgebung mit Sublimatlösung 1:1000 gewaschen, wodurch nach den im hiesigen hygienischen Laboratorium ausgeführten Versuchen von Dr. Wassink[1] die Hautoberfläche desinficiert wird. Sonach wird mit Brunsscher Watte abgetrocknet und auf die Furunkel Quecksilberkarbolpflastermull ohne Falten aufgeklebt. Schliefslich wird ganz reine Wäsche angezogen, auch dann, wenn der Kranke erst eine Stunde vorher die Wäsche gewechselt haben sollte.

Jeden Tag, beziehungsweise zweimal am Tage, wird ein neues Pflaster aufgeklebt, und wo eine Perforation stattgefunden, erst mit Watte leise ausgedrückt und aufs neue Furunkel und Umgebung mit Sublimatlösung desinficiert. Bei Nackenfurunkeln mufs mindestens jeden zweiten Tag rasiert werden, weil sonst das Pflaster nicht genügend hält und eine Isolation und Abschliefsung des Herdes nicht mehr vollständig erreicht wird.

Die Erfolge sind fast immer glänzend. Besteht keine Fluktuation, so resorbieren sich die Infiltrate in der Regel in wenigen Tagen; ist schon Fluktuation aufgetreten, so ist zwar Resorption ohne Perforation selten, aber der Prozefs breitet sich nicht aus, die Perforation kommt frühzeitig, und die Wunde heilt rasch ab. Was besonders wichtig ist, neue Eruptionen im Anschlufs an den behandelten Furunkel werden selten beobachtet. Wenn einzelne noch auftreten, so sind es kleine Infiltrate, welche unter Applikation des Pflasters abortieren.

Vorigen Sommer hatte ich das Vergnügen, dieses Verfahren einem Herrn Kollegen zu empfehlen, der über eine reiche Erfahrung auf dem Gebiete der Furunkulose verfügt, da derselbe im Verlauf der Jahre mehr

[1] Forster, Wie soll der Arzt seine Hände reinigen? *Centralbl. f. klin. Med.* 1885. No. 18.

als hundertfünfzig Furunkel am eigenen Körper beobachtete. Die Genugthuung, die bei meinem Kollegen durch den Gegensatz zwischen dem leichten Verlaufe der letzten Eruption und dem Leiden bei früheren Ausbrüchen von Furunculosis hervorgerufen wurde, hat mich veranlafst, die Methode einem weiteren Kreise zu unterbreiten.

Ich möchte hier noch beifügen, dafs bei dem eben erwähnten Herrn eine grofse Neigung zu Ekzem besteht, und dafs er gerade an Ekzem an einer Stelle litt, wo das Pflaster appliciert werden mufste. Dies bot keinerlei Nachteile dar, so dafs die Anwesenheit eines solchen Ausschlages zwar zur Vorsicht mahnt, aber keine besondere Kontraindikation bildet.

Versammlungen.

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

226. Sitzung. (Schlufs.)

Dr. Bronson: **Über Pityriasis rubra pilaris.** Der 24jährige Patient giebt an, denselben Ausschlag im Alter von fünf Jahren, eine zweite Attacke im Alter von 13 Jahren gehabt zu haben. Vor einem Monate begann der dritte Anfall zu einer Zeit, wo der Patient sich eine fieberhafte Erkältung zugezogen hatte. Die Affektion kam zuerst um den Mund und die Nase zum Vorschein, ergriff später die Handteller, Fufssohlen, den Nacken, endlich Rumpf und Oberschenkel. Gegenwärtig zeigt das Gesicht ein dunkelrotes, schuppiges Aussehen. Gegen die Peripherie hin, wo der Ausschlag allmählich in die gesunde Haut übergeht, sieht man eine grofse Menge miliarer, roter Knötchen mit Hornspitzen. Die zentralen Teile sind gleichmäfsig rot, schuppig, die Haut ist etwas verdickt. Am Halse (Nacken) bis hinab zu den Schultern sind die hornigen Papeln aufserordentlich zahlreich. Die Handteller und Fufssohlen sind verdickt, stark gerötet und mit feinen lamellenartigen Schüppchen bedeckt. Überall entsprechen die Hornkegel einem Haarfollikel. Auch an anderen Körperstellen ist die Affektion in ähnlicher Weise ausgeprägt.

Dr. Klotz: **Über einen Fall von Tuberculosis cutis.** Die Affektion zeigte sich bei dem 19jährigen Patienten vor einem Jahre zuerst am rechten Vorderarm, später an den Händen und den Augenbrauen. Hereditär liegt nichts vor, was die die Krankheit erklären könnte. An der Ulnarseite des linken Vorderarmes sieht man eine weifse, glatte Narbe mit dazwischengestreuten roten Knötchen, deren lupöser Charakter zweifellos ist. In der Mitte des linken Handrückens befindet sich eine Läsion, welche vor drei Wochen etwas gröfser als ein Silberdollar und erhabener als gegenwärtig war. Sie war bedeckt mit einer dünnen Kruste; in der Peripherie bemerkte man zahlreiche kleine Öffnungen, durch welche auf Druck Eiter durchsickerte. Die Krusten wurden entfernt und Salicylpflaster appliciert. Jetzt hat die Eiterung nachgelassen; die Stelle hat sich wesentlich abgeflacht und zeigt eine Anzahl unregelmäfsiger Geschwüre und papilläre Exkrescenzen. Das Zahnfleisch auf der linken Seite des Unterkiefers ist ebenfalls ulceriert und zeigt eine dunkelrote, unregelmäfsig granulierte Oberfläche. Die Stimme des Patienten ist zeitweilig heiser gewesen. Die Lymphdrüsen sind nicht vergröfsert.

Dr. Lustgarten meint, der vorliegende Fall biete verschiedene Stadien von atrophischem, hypertrophischem und exulcerierendem Lupus dar. Die Stelle an der Hand zeige nicht den verrukösen Charakter, wie ihn Riehl und Paltauf als Tuberculosis verrucosa cutis beschrieben haben.

Dr. Klotz erwidert, der verruköse Charakter sei früher viel stärker ausgeprägt gewesen, das Bild habe sich jedoch unter der Behandlung etwas verändert.

Dr. Fox stellt **einen Fall von Lepra** vor. Der Patient, ein junger Mann, hat früher in Mexiko gelebt.

Dr. Morrow glaubt, dafs die vom Vorredner erwähnte Besserung eher auf den Wechsel des Klimas und auf die verbesserten hygienischen Verhältnisse zurückgeführt werden könnte, als auf den Gebrauch von Medikamenten. Das Chaulmoograöl, in grofsen Dosen innerlich verabreicht, und das Gurjunöl, äufserlich appliciert, haben in einem, Redner von Keyes übersandten Falle innerhalb von drei Monaten die Knoten und die anästhetischen Stellen zum Schwinden gebracht. In einem anderen Falle habe der Patient auch geringe Dosen des Chaulmoograöls nicht vertragen können, gleichwohl sei eine wesentliche Besserung unter veränderten hygienischen Verhältnissen eingetreten.

Dr. Fox erwidert: In seinem Falle habe sich die Lepra erst hierzulande entwickelt, weshalb er die Besserung den therapeutischen Mafsnahmen zuschreiben müsse. Er leugne allerdings nicht, dafs die Lepra auch vom Klima, von verbesserten hygienischen Verhältnissen günstig beeinflufst werden könnte.

C. Berliner - Aachen.

Arztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 19. Dezember 1893.

(*Centralb. f. klin. Med.* 1894. No. 2.)

Über Torsion des Hodens spricht Lauenstein unter Anführung eines entsprechenden Falles. Ein 35jähriger Mann bekam beim Heben einer schweren Last plötzlich Schmerzen im rechten Leistenkanal und Erbrechen. Da in diesem eine taubeneigrofse, schmerzhafte Geschwulst liegt, der rechte Hoden aber im Scrotum fehlt, wird eine Torsion desselben diagnosticiert, was sich bei der Operation bestätigt. Der Samenstrang war um 180° torquiert, der Hoden blauschwarz. Verfasser meint, dafs der horizontal gelegene Hoden durch die Anspannung der Bauchmuskeln gedreht wird; auffällig ist, dafs meistens der Samenstrang zweiteilig war. Bei der Diagnose sind inkarcerierte Hernien, Perityphlitis zu berücksichtigen; die Therapie mufs eine operative sein.

In der Diskussion hält Schede diesen Entstehungsmodus im allgemeinen nicht für richtig. Vielmehr meint er, dafs die Drehung des Samenstranges eine auf Entwickelungsvorgängen beruhende, präformierte ist. Die Torsion und der hämorrhagische Infarkt des Hodens treten erst ein, wenn sich Cirkulationsstörungen hinzugesellen, wie Schede sie im Hoden ziemlich häufig gesehen. Er hat sogar zwei Fälle spontaner Gangrän des Hodens beobachtet.

Zur Behandlung des Anasarca empfiehlt Michael das Einstofsen dicker, kurzer Troicarts. Das Verstopfen verhütet man durch Einführung kleiner Spiralen. Vergoldung ist ratsam.

Rumpf legt mehr Wert auf die energische Heberwirkung, als auf die Stärke der Troicarts.

Sitzung vom 9. Januar 1894.

Einen torquierten Leistenhoden zeigt Schede im Anschlufs an den Vortrag von Lauenstein in voriger Sitzung. Der Hoden ward wegen Sarkoms exstirpiert; Cirkulationsstörungen waren wenig vorhanden.

Einen Fall von Tuberkulose des Hodens und Epididymitis gummosa des Nebenhodens demonstriert EUGEN FRAENKEL. Er betont das fast ausnahmslos primäre Ergriffensein des Nebenhodens und die grofse Seltenheit der Hodentuberkulose. Frühzeitig ergriffen wird auch der Samenstrang. Bei der Tuberkulose des Vas deferens unterscheidet Fränkel eine ascendierende und descendierende Erkrankung; in der Regel ist es knotig verdickt. Die Syphilis spielt sich im Hodenparenchym ab; eine fibröse und gummöse Form ist zu unterscheiden; erstere ist häufiger. Nebenhoden und Vas deferens werden fast nie ergriffen.

Demonstration eines tuberkulösen Hodens mit zugehörigem Samenstrang nebst Samenblase, von SCHEDE. In jüngster Zeit hat SCHEDE die Prostata nicht nach der VON DITTEL'schen Methode, sondern einem Vorschlage von SICK gemäfs auf sakralem Wege exstirpiert und ist mit diesem Verfahren aufserordentlich zufrieden, da es ein übersichtliches Operationsfeld schafft. Dadurch wurde er veranlafst, auch die tuberkulösen Samenblasen nebst Samenstrang sakral zu entfernen; zweimal hat er die Operation ausgeführt. Der erste Fall bot besondere Schwierigkeiten, da die linke erkrankte Samenblase in einen grofsen Abscefs verwandelt war, in den das Vas deferens frei mündete. Der Erfolg war aber ein glänzender; der Patient wurde mit 8 kg Gewichtszunahme nach acht Wochen entlassen. Im zweiten Falle bestand Nebenhodentuberkulose, entstanden nach Trauma, und Tuberkulose der Samenblase, die als Tumor vom Rectum aus deutlich gefühlt wurde. Nach Kastration, bei der 18 cm Samenstrang mit entfernt wurde, wurde die Samenblase unter temporärer Resektion des Steifsbeines leicht exstirpiert, im Zusammenhange mit dem restierenden Ende des Vas deferens. Das Verfahren von BÜNGNER, der das Vas deferens durch langsamen Zug am zentralen Ende abreifst und stets im Gesunden abzutrennen vorgiebt, bringt die Gefahr mit sich, dafs dasselbe an fungösen Stellen abreifst.

Jessner-Königsberg i. Pr.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung vom 30. März 1894.

Demonstration von Syphilis- und Lichen-Fällen, von J. NEUMANN. Vortragender hat früher darauf hingewiesen, dafs die Syphilis in späteren Stadien vornehmlich an solchen Stellen sich lokalisiert, von wo die recenten Erscheinungen ausgegangen waren. Gummata entstehen da, wo Papeln gesessen haben, z. B. am Zungenrand, und besonders auch an Stelle des Primäraffektes; so hat er jüngst, 3½ Jahre nach der Infektion, bei einer Frau ein gummöses Geschwür gesehen, wo die Sklerose gesessen hatte. Aber auch ohne manifeste Veränderungen sind histologische an afficiert gewesenen Stellen zu finden in Gestalt von Rundzellen an den Gefäfswänden, an den Ausführungsgängen der Drüsen und in den oberen Lagen der Cutis. Das konnte er jetzt wieder bei einem Patienten drei Jahre nach einem grofspapulösen Syphilid mikroskopisch nachweisen. — Ein 31jähriger, April 1890 inficierter Patient wird vorgestellt, bei dem jetzt an Stelle der damals an der Unterlippe lokalisierten Sklerose sich seit zwei Monaten eine beträchtliche, elevierte, zentral weifse, am Rande braunrote Härte neben Rupiaefflorescenzen am Thorax und in der Lendengegend findet.

Ein 38jähriger Patient mit Lichen ruber acuminatus und planus wird dann vorgestellt. Am Stamme finden sich dichtgedrängte, blafsrot gefärbte, mit fest haftenden Schüppchen belegte, hirse- bis hanfkorngrofse Knötchen, die sich rauh anfühlen. Am Handrücken und an den Handgelenken sitzen halbschrotkorngrofse, zentral gedellte, peripher, mit schmalem roten Hof versehene, mattglänzende Efflorescenzen von blafsroter und bläulichroter Farbe, disseminiert, über das Niveau der Haut erhaben; ähnliche sitzen am Genitale. Die Zungenfläche, die Lippen und die

Wangenschleimhaut zeigen intensiv bläulichweifse Flecken und Streifen, dazwischen epithellose, syphilitischen Papeln ähnlende, zum Teil speckig belegte Stellen.

Die Kombination des Lichen ruber acuminatus (Kaposi) und planus (Wilson) ist in diesem Falle von besonderem Interesse. Hinsichtlich der viel diskutierten Pityriasis rubra pilaris (Devergie) unterscheidet sich die Affektion durch die Gröfse und Derbheit der Efflorescenzen, das feste Haften der Schuppen und ausgeprägte anatomische Differenzen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verein deutscher Ärzte in Prag.

Sitzung vom 8. März 1894.

(*Prag. med. Wochenschr.* 1894. No. 13.)

J. Pick demonstriert vier Fälle:

1. Ein 22jähriges Mädchen, neuropathisch belastet, dem wegen starker Schmerzen eine kleine Ovarialcyste entfernt war, bekam ein Jahr später Dyspepsie und Hautjucken. Sie zeigt das Bild der Urticaria facticia, welche nach Pick besonders häufig bei Rhachitis vorkommt, aber auch durch Momente hereditärer Natur bedingt werden kann. Die Hautveränderung geht in ihrer Intensität parallel mit den auch vorhandenen hysterischen An- und Parästhesien. Einzelne Quaddeln bleiben tagelang bestehen (**Urticaria perstans**).

2. Ein 27jähriges Mädchen, vor 2½ Jahren entbunden, bekam eine halsbandförmige Rötung in der Jugulargegend, stellenweise schuppend, stellenweise erodiert. Während die Erscheinungen hier ohne Narbenbildung schwanden, breitete sich die Affektion, welche keine subjektiven Beschwerden machte, über den Thorax aus. Die Diagnose schwankte zwischen mykotischer Hauterkrankung, einer allerdings seltenen Form der Tuberkulose, dem Erythema orbiculare chronicum und **Lues serpiginosa et ulcerosa**. Die lokale und allgemeine Therapie bestätigte letztere Diagnose.

3. Ein 16jähriges Mädchen, Juli 1893 von einer ausgebreiteten Urticaria befallen und bald geheilt, zeigt jetzt eine **Hautveränderung, ähnlich der Ichthyose.**

Die normale Hautfelderung und Furchung der Haut ist sehr ausgeprägt, die Haut dadurch uneben, in der Achselhöhle und Genitokruralfurchen wie papillomatös. Es bestehen leistenförmige Erhabenheiten mit starker Ausprägung der Hautpapillen. Die Haut erscheint bräunlich oder schmutziggrau, ist jedoch nicht trocken wie bei der Ichthyosis.

4. Ein 44jähriger Patient war bis zu seinem 16. Lebensjahre alljährlich nach 1—2 Wochen vorausgehenden Kopfschmerzen, Fieber und hochgradiger Somnolenz von einem Exanthem befallen, bestehend in eiterigen Blasen auf geröteter Basis, die unter Narbenbildung heilten. Aufserdem zeigt die Haut des Gesichtes, der Achselhöhlen, der Extremitäten und des Scrotums, angeblich seit dem dritten Lebensjahre, auffallende Anomalien. Die Gesichtshaut ist stark gerunzelt, die Oberflächenzeichnung sehr ausgeprägt; die Haut ist teilweise gelblich pigmentiert, teilweise zeigt sie zahlreiche, pigmentarme Flecke. An Stirn und Capillitium zahlreiche borkige, hanfkorngrofse Stellen. Stellenweise kleine weiche Wärzchen; die Ohren gewulstet, leicht abschuppend, angeschwollen, wachsartig schimmernd. Ähnlicher Natur sind die Veränderungen in den Achselhöhlen, dem Ellenbogengelenk etc. Besonders hervorzuheben sind die papillären Wucherungen. Zahlreiche, kleine, rundliche Narben und borkige Stellen finden sich am Stamme und den Extremitäten. Zeitweise starkes Juckgefühl. Ätiologie unbekannt. Der Fall erinnert an den vorigen; eine Benennung für diese beiden Fälle ist noch nicht vorhanden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 27. Heft 2. 1894.

I. **Über die sogenannte Sarcomatosis cutis,** von Eduard Spiegler-Wien. Die Sarkomatose der Haut stellt kein einheitliches Krankheitsbild dar, sondern umfaßt eine Reihe histologisch zwar ähnlicher, klinisch und prognostisch aber sehr verschiedenartiger Krankheiten. Zu denselben gehören nicht die Neubildungen der Haut, welche als Metastasen von visceralen und Knochensarkomen anzusehen sind. Auch der Mykosis fungoides gebührt eine vollständige Sonderstellung.

Verfasser hat Gelegenheit gehabt, in Prof. Kaposis Klinik im letzten Jahre sechs Fälle von Sarcomatosis cutis zu beobachten. Die Krankengeschichte derselben, sowie die histologischen Befunde excidierter Knoten und Hautstückchen werden im folgenden ausführlich mitgeteilt. Wir heben Fall I. heraus. Derselbe betrifft eine 76jährige Frau, die früher stets gesund war. Ihre Hautaffektion besteht seit zwei Jahren und ist charakterisiert durch 40—50 über beide Schultern, an den Achselfalten, an der angrenzenden Brustregion, am Rücken und über beiden Schulterblättern sitzende, größtenteils haselnuß-, aber auch bis überwallnußgroße, blaßrote bis dunkelblaurote mit platter Epidermis bedeckte, teils flache, teils kugelig hervorragende Knoten von derber teigiger Beschaffenheit, welche nur mit der Cutis über der Fascie beweglich und auf Druck sehr wenig empfindlich sind. Die meisten Knoten sind dicht aneinandergelagert oder konfluieren in der Basis. Nur wenige sind isoliert. Ähnliche Tumoren finden sich zerstreut am ganzen Stamm und an den Streckseiten der Oberschenkel. Gesicht, Hals, Nacken, Capillitium, Schleimhäute des Mundes und der Atmungsorgane sind vollkommen frei. Es bestehen keine Drüsenschwellungen, nirgends ein Epidermisverlust oder Nässen. Das Befinden der Patientin ist vortrefflich.

Sie erhält systematisch Arsen, teils subkutan, teils in Form von Pillen.

Eines Tages wurde ein größerer Knoten am linken Oberschenkel gangränös. Die Patientin verfiel in hochgradiges Fieber und allgemeine Schwäche und starb unter Erscheinungen von Marasmus. Während des Fiebers waren die Knoten nahezu vollständig geschwunden und ließen als einzige Spur einen schwach bläulichen, leicht deprimierten Fleck zurück, über welchem die Epidermis wie atrophisch aussah.

Die Sektion hat nirgends Metastasen in den inneren Organen ergeben. Nur im Magen fanden sich, ähnlich wie an der Haut, rückgebildete Tumoren.

Die histologische Untersuchung ergab folgendes. Der Tumor sitzt im unteren Teile des Coriums und erweist sich an der Schnittfläche als aus einer weißlichen markigen Masse bestehend. Die Masse wird von einem dichten kleinzelligen Infiltrat gebildet, das in der Höhe der oberflächlichen Schweißdrüsen beginnt, diese bis zu völligem Schwund ganz und gar durchsetzt. Die Zellen sind teils regellos in dichten Massen in fibrillärer Grundsubstanz angeordnet, teils liegen dieselben in einer an Perlenschnüre erinnernde Regelmäßigkeit in einem aus zartem fibrillären Bindegewebe bestehenden Grundgewebe, welches stellenweise von den Infiltratzellen auseinandergedrängt wird.

Im subpapillären Bindegewebe fallen die großen und zahlreichen Lymphspalten, im Tumor selbst die große Anzahl von erweiterten Lymphgefäßen auf. — Im rückgebildeten Tumor ist die Zahl der Infiltratzellen sehr spärlich; diese selbst zeigen die

Merkmale der regressiven Metamorphose. Auffallend ist besonders, dafs, während im Tumor selbst die unmittelbar subpapillären Partien von Infiltratzellen nahezu vollständig frei waren, dieselben auch den rückgebildeten Tumor erfüllen und stellenweise in sehr dichten Zügen der Richtung der Lymphspalten folgen. Die Kerne haben zum gröfsten Teil Stäbchenform angenommen. Einen ähnlichen mikroskopischen Befund zeigen die rückgebildeten Tumoren des Magens.

Fall IV, V und VI betreffen Patienten mit Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum-Kaposi. Es handelt sich in diesen Fällen um lokalisierte Bindegewebs-Neubildung und kleinzellige Inlfitration in der Umgebung der Gefäfse, in den älteren Knoten aufserdem um Pigmentablagerung. Die Zellkerne sind spindelförmig.

In keinem einzigen der beschriebenen Fälle war eine bemerkenswerte Veränderung des Blutes und der Blut bereitenden Organe zu konstatieren.

In histologischer Beziehung unterscheiden sich die Tumoren des I. und II. Falles von den eigentlichen Rundzellensarkomen, indem es sich bei ihnen nicht um Verdrängung und Vernichtung der benachbarten Gebilde durch den Tumor handelt, sondern vielmehr um ein kleinzelliges Infiltrat in das nahezu intakte Maschenwerk der Cutis.

Die Tumoren der anderen Fälle unterscheiden sich histologisch nicht von Sarkomen, wohl aber klinisch insofern, dafs die Bindegewebswucherung streng circumskript ist, nicht fortschreitende, zuweilen aber regressive Tendenz zeigt.

Sämtliche beschriebenen Fälle entsprechen also nicht den grundsätzlichen, allgemein anerkannten Forderungen für den Begriff des Sarkoms, weshalb dieselben von den Sarkomen abzuscheiden und nach dem Vorschlage Kaposis als „sarkoide" Geschwülste zu bezeichnen sind.

II. **Über das Verhalten der elastischen Fasern in Hautnarben und bei Destruktionsprozessen der Haut**, von A. Guttentag-Breslau. Erst seit Taenzers ausgezeichneter Orceinfärbung des elastischen Gewebes ist die Litteratur über das Verhalten der elastischen Fasern in normaler, wie pathologisch veränderter Haut reichhaltiger geworden. Unter anderem hatte Unna in seiner Arbeit über Plasmazellen die Ansicht ausgesprochen, dafs die spontane Lupusnarbe, welche er mit „Lupusfibrom" bezeichnet, nicht, wie man zumeist angenommen hat, ein einfach indifferentes Narbengewebe ist, welches ebenso konstruiert wäre, wie die Narbe eines beliebigen ulcerösen Prozesses, sondern welche dadurch charakterisiert ist, dafs sie nie wieder elastisches Gewebe produciert. Aus dieser Annahme konnte gefolgert werden, dafs einfach indifferentes Narbengewebe im stande sei, wieder elastisches Gewebe zu producieren. Da in der dermatologischen Litteratur weder von Unna, noch von einem anderen Autor etwas über das Verhalten von elastischen Fasern in Narben publiciert ist, so hat Verfasser auf Anregung von Dr. Jadassohn hin diesbezügliche Untersuchungen angestellt und die Resultate derselben in der vorliegenden Arbeit mitgeteilt.

Es wurden mikroskopisch untersucht die Haut von Vaccinenarben, von serpiginösem Lupus, dessen zentrale Partien überall in glattes, narbenähnliches Gewebe von weifslicher Farbe verwandelt waren, von Scrophuloderma und von syphilitischen Erkrankungen der Haut, speziell vom Gumma, vom Primäraffekt und von der sekundär syphilitischen Papel.

Die Schnitte des in Alkohol gehärteten und in Celloidin eingebetteten Materials wurden gefärbt in

	Orcein	0,1
	Spiritus (95%)	20.0
	Aq. dest.	5,0,

das zu gleichen Teilen mit

Acid. muriat.	0,1
Spiritus (95%)	20,0
Aq. dest.	5,0

verdünnt war. Nach mehrstündigem Aufenthalt in der Färbeflüssigkeit wurden die Schnitte in Wasser abgespült und einige Minuten in dem sauren Alkohol von der eben beschriebenen Zusammensetzung entfärbt, sodann mit wässeriger Methylenblaulösung nachgefärbt.

Bei allen vom Verfasser untersuchten entzündlichen, zur Narbenbildung führenden Prozessen hat sich das elastische Gewebe widerstandsfähiger gezeigt, als das kollagene Bindegewebe.

Das Resultat seiner Untersuchungen teilt Verfasser in folgenden Schlufssätzen mit:

1. In Narben verschiedener Provenienz fehlen die elastischen Fasern entweder vollständig, oder sie sind aufserordentlich viel spärlicher, als in der Norm; die vorhandenen sind im allgemeinen sehr dünn und bilden teils langgestreckte Züge, teils isoliert liegende Knäuel.

2. Ceteris paribus scheint der Gehalt der Narben an elastischen Fasern der Intensität, resp. der Tiefe des der Narbenbildung vorausgehenden Destruktionsprozesses umgekehrt proportional zu sein; in ganz oberflächlichen Narben (Impfnarben) sind Veränderungeu des elastischen Gewebes nicht nachgewiesen.

3. Der Vergleich von Narben nach wirklicher Destruktion der Haut und von solchen, bei denen sich ein Granulationsprozefs subepidermoidal unter „narbiger Atrophie" zurückgebildet hat, hat Differenzen in Bezug auf das Verhalten der elastischen Fasern nicht ergeben. Das „Lupusfibrom" Unnas unterscheidet sich in dieser Beziehung nicht von anderen Narben.

4. Die Untersuchung einiger, der Narbenbildung vorausgehender spezifischer Granulationsprozesse (Tuberkulose, Spätlues) ergiebt, dafs bei diesen das elastische Gewebe dem Infiltrationsprozefs energischeren Widerstand leistet, als das kollagene Bindegewebe, da mitten in spezifischen Infiltrationen, ja auch in nekrotischen Herden noch elastische Fasern vorhanden sind. Doch darf diese Anschauung nicht verallgemeinert werden, da in einzelnen Fällen auch eine spezifische Einwirkung gerade auf das elastische Gewebe vorzukommen scheint.

5. Der Vergleich der bei Granulationsprozessen noch vorhandenen elastischen Fasern mit denen in Narben spricht dafür, dafs die letzteren nicht neugebildete Fasern, sondern Reste der ursprünglich vorhandenen sind.

5. Für die Annahme einer Neubildung von elastischen Fasern nach Destruktionsprozessen in der Haut haben sich Anhaltspunkte bei der Untersuchung von Narben nicht ergeben; das Verhalten der elastischen Fasern bei den Striae und in analogen Fällen (Atrophia maculosa cutis) weist darauf hin, dafs eine Neubildung der durch tiefgreifende Prozesse zerstörten elastischen Fasern gemeinhin nicht stattfindet.

III. **Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Kalomel und salicylsaurem Quecksilber**, von K. E. Lindén-Helsingfors. Das Resultat seiner Forschungen fafst L. dahin zusammen:

Die Excision der primären Sklerose scheint einen bestimmten Einfluss auf den Verlauf der Krankheit zu haben.

Von sechs Fällen, in denen Excisionen gemacht wurden, blieben in drei gleich 50% Recidive aus; in den übrigen trat in einem Falle ein Recidiv erst nach zwei Jahren und fünf Monaten auf und in weiteren zwei Jahren keines; von den beiden letzten erhielt der eine Fall ein Recidiv mit sehr leichtem Verlauf und der andere

zwei Recidive. Die Excision kann daher in Fällen empfohlen werden, wo die Lage der Sklerose derart ist, dafs es ohne gröfsere Ungelegenheiten geschehen kann.

In Bezug auf die Kalomelinjektionen hat sich gezeigt, dafs sie unvergleichlich gröfsere Lokalreaktion hervorrufen, als Injektionen von Hydrargyrum salicylicum und Hydrargyrum thymolicum. So entstanden aufser Abscessen auch grofse, schmerzhafte, für den Patienten sehr beschwerliche Infiltrationen. Nach den späteren Injektionen traten nie Abscesse auf; die Reaktion blieb in den meisten Fällen ganz aus oder war äufserst gering, und wo sich Infiltationen bildeten, waren sie gewöhnlich indolent. Nur in Ausnahmefällen war die lokale und allgemeine Reaktion so grofs, dafs die Behandlung nicht ohne Ungelegenheit fortgesetzt werden konnte.

Mit Ausnahme der poliklinischen Patienten erforderte die erste Behandlung der Krankheit bei beiden Injektionsmethoden etwas längere Zeit, als die der darauffolgenden Recidive.

Die Kalomelinjektionen zeigten im allgemeinen schnellere Wirkung, als Injektionen von Hydrargyrum salicylicum und Thymol-Quecksilber weshalb die Behandlung mit ersterem Präparate kürzere Zeit in Anspruch nahm, als die mit letzterem; bei Recidiven dauerte die Kur mit beiden Präparaten ungefähr gleich lange. Die angewandte Quecksilbermenge war sowohl bei Kalomel, wie Hydrargyrum salicylicum bei den Recidiven etwas geringer, als bei der ersten Behandlung.

Das Bestehen eines bestimmten Verhältnisses zwischen der injicierten Quecksilbermenge und dem Zeitpunkte für das Auftreten von Recidiven, derart, dafs eine gröfsere Menge Quecksilber eine längere Zwischenzeit bedingte, und umgekehrt, hat Verfasser nicht gefunden.

Von allen Fällen zusammen sind Recidive ausgeblieben: nach Injektion von Kalomel in 11% und nach Injektionen von Hydrargyrum salicylicum und Thymol-Quecksilber in 13,3 %.

Die Anzahl der Recidive war im allgemeinen nach Kalomelinjektionen während des ersten Jahres geringer, und die Intervalle zwischen den Recidiven länger, als bei Anwendung der anderen Präparate, wogegen bei diesen die Recidive, wenn auch gröfser an Zahl, in kürzerer Zeit verliefen — ungefähr in 91% innerhalb eines Jahres, während dagegen nach Kalomelinjektionen nur 55% in derselben Zeit verliefen; es traten also nach Injektion von Hydrargyrum salicylicum eine geringere Anzahl von Spätrecidiven auf.

Somit würde das Kalomel, trotzdem es ein stark wirkendes Präparat ist und in kürzerer Zeit die Symptome zum Verschwinden bringt, als Hydrargyrum salicylicum und Hydrargyrum thymolicum, doch diesen beiden nicht absolut vorzuziehen sein, da diese nicht nur geringere lokale Reizung verursachen, sondern auch den Verlauf der Krankheit überhaupt abzukürzen scheinen, sei es nun bei kombinierter Behandlung oder allein mit Injektionen. Da es also den Anschein hat, als ob es in der Syphilistherapie im allgemeinen vorteilhafter sei, ein mild wirkendes Präparat anzuwenden, als ein kräftiges, das die Symptome schnell kupiert, so wäre es von grofsem Interesse, dieses durch Thatsachen bestätigt zu sehen, die sich auf ein gröfseres Material stützen, als es Verfasser zu Gebote gestanden hat.

IV. **Über die Häufigkeit und Zeit des Auftretens der Urethritis posterior bei der akuten Gonorrhoe**, von A. Lanz-Moskau. (Vortrag, gehalten auf dem V. russischen Ärztekongrefs zu St. Petersburg.) Vortragender unterzieht die einschlägige Litteratur einer eingehenden Kritik, teilt seine eigenen Beobachtungen mit und gelangt, indem er das ganze beobachtete Material tabellarisch zusammenstellt, zu folgenden Schlufssätzen:

1. In Fällen von akuten erstmaligen Gonorrhoen kann die Mitbeteiligung der hinteren Harnröhre in 80% durch die THOMPSONsche Zweigläserprobe nachgewiesen werden.

2. Diese grofse Häufigkeit der Urethritis posterior beweist, dafs letztere nicht als Komplikation, sondern nur als ein gewisses Entwickelungsstadium des Trippers aufgestellt werden mufs.

3. Da von 100 Kranken mit akuter Gonorrhoe bei 80 der Prozefs unvermeidlich auf die Pars membranacea und Pars prostatica übergreift, so mufs die Lehre von einem notwendigen Vorhandensein zufälliger Momente — innerer (Prädisposition, konstitutionelle Krankheiten) oderer äufserer (forcierte Bewegungen, Excesse in baccho et venere etc.) — zur Entstehung der Urethritis posterior eo ipso fallen. Dieser Übergang der Entzündung auf die hintere Harnröhre ist der Krankheit an und für sich eigen und hängt von keinem zufälligen Momente ab. Immerhin mufs aber zugegeben werden, dafs einige äufsere Momente (Coitus, Abusus spirituosorum, forcierte Bewegungen, unzweckmäfsige Einspritzungen, Einführung von Instrumenten) die Entstehung der Urethritis posterior beschleunigen können.

4. Was die übliche Behandlungsart des Trippers betrifft, so beeinflufst dieselbe nicht bemerkbar die Entstehung der Urethritis posterior; letztere entwickelt sich, gleichviel, ob die Behandlung im Gebrauch von nur inneren Mitteln oder in Anwendung von Einspritzungen besteht.

5. Die Urethritis posterior entsteht bedeutend früher, als es fast allgemein angenommen wird, und zwar entwickelt sich dieselbe im Laufe der ersten Woche in 20% (19,7%), im Laufe der zweiten in 30% (29,5%) und im Laufe der dritten Woche in 12% (11,5%), also in der Hälfte aller Fälle im Laufe der ersten zwei Wochen.

6. In seltenen Fällen bildet sich die Urethritis posterior ohne jegliche subjektive Symptome aus. Die rechtzeitige Diagnose kann daher in diesen Fällen nur da gestellt werden, wo der Harn des Kranken diesbezüglich einer kontinuierlichen Untersuchung unterworfen wird.

7. Die Irrigationsprobe, die die weniger vollkommene THOMPSONsche ersetzen soll, wird verschieden ausgeführt. Diese verschiedenen Methoden differieren nicht nur in ihrer technischen Ausübung, sondern auch sehr bedeutend in ihrer Genauigkeit. Es bleibt der Zukunft überlassen, eine sowohl genaue, als auch praktisch leicht anwendbare Methode ausfindig zu machen.

V. Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie (ein Rückblick auf die letzten zehn Jahre), von R. LEDERMANN und RATKOWSKI-Berlin. In dem zweiten, speziellen Teile ihrer Arbeit bringen die Autoren ausführliche Referate über die Litteratur, die sich mit den Färbemethoden zum Studium der Anatomie der Haut, insbesondere der Oberhaut und ihrer Mikrophyten, der Isolierung von Epithelzellen, der Verhornung, ferner mit der Darstellung des Keratohyalins und Eleidins, der HERXHEIMERschen Fasern und des Fibrins in den Geweben, des Pigments und der epithelialen Anhänge beschäftigt. (Fortsetzung folgt.)

C. Berliner-Aachen.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1894. Heft 2.

I. Ein ärztlicher Bericht aus Tananariva, von R. SUZON. Madagaskar wird vorzüglich von drei Krankheiten heimgesucht: von Syphilis, von Pocken und von Läusen.

Die Syphilis ist im Lande weit verbreitet, und bei der äufserst mangelhaften ärztlichen Behandlung sind auch schwere Formen nicht selten. So sind z. B. Knochen-

erkrankungen recht häufig; fast in jeder Straſse von Tananariva trifft man Leute, und zumal Frauen, mit eingesunkener Nase. Auch die Kindersyphilis ist eine gewöhnliche Erscheinung, aber Aborte und tote Früchte scheinen trotz der groſsen Fruchtbarkeit der Frauen — manche mit 18—20 Kindern — nur selten vorzukommen.

Die Pocken sind seit langen Zeiten endemisch und richten bei dem groſsen Schmutz der Einwohner und dem Mangel jeglicher Hygiene alljährlich groſse Verheerungen an.

Um die Läusesucht, mit der sehr viele Einwohner behaftet sind, kümmert man sich nicht weiter.

Krankheitsformen, die in Europa nicht bekannt sind, hat Suzon auch in Tananariva nicht beobachtet, dagegen skizziert er einige Fälle mit eigentümlichem Verlauf und plaudert über unerwartete Heilwirkungen. So hat er namentlich mit Brown-Séquardschen Einspritzungen in Fällen schwerer Neurasthenie, traumatischer Neurose und hartnäckigen Beingeschwüren wunderbare Erfolge erzielt.

II. **Arthritis gonorrhoica et Arthrotomia**, von Ch. Lassalle. Die Abhandlung, die über den Gegenstand wenig Neues bringt, beschäftigt sich mit der Symptomatologie, der Pathogenese und der Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündungen.

Es werden vier Formen dieser Entzündung unterschieden: Arthralgie, Hydrarthrose, Arthritis acuta und Arthritis suppurativa. Die letztere Form führt unter Umständen sogar den Tod herbei; bei den beiden mittleren Formen ist als Folgezustand namentlich die Ankylose zu fürchten, während die Muskelatrophie, besonders der Extensoren, eine fast regelmäſsige Begleiterscheinung aller Arthritisformen ist.

Um diesen traurigen Folgen der Entzündung vorzubeugen, empfiehlt sich vor allem eine frühzeitige, breite Eröffnung des kranken Gelenkes, der man noch eine Ausspülung mit irgend einem Antisepticum mag folgen lassen. Lassalle berichtet über zwei solche Fälle mit günstigem Erfolge.

Bei Besprechung der Ätiologie der Arthritis gonorrhoica werden die bekannten Theorien einander gegenübergestellt. Danach sind entweder der Gonococcus Neisser, oder seine Sekrete, oder endlich andere Pilze, die für gewöhnlich ihren Sitz in der Urethra haben und denen der Tripperbacillus den Weg in die Blutbahn öffnet, die Ursache der Gelenkentzündungen. Der Leser hat nun die Wahl.

III. **Über Lupus im Anschluſs an Operationen tuberkulöser Herde**, von A. Bayet. Bekannt ist, daſs in der Nachbarschaft eines möglichst gründlich entfernten Lupus sehr bald wieder neue Lupusknoten sich finden. Aber auch nach chirurgischen Eingriffen bei andersartigen tuberkulösen Herden stellt sich nicht selten Hautlupus ein. Bayet hat unter 25 Fällen von Lupus sechsmal einen sekundären Lupus beobachtet, und zwar fünfmal nach Eröffnung eines tuberkulösen Drüsenabscesses und einmal nach Amputation wegen tuberkulöser Knochen- und Knochenhautentzündung des Oberschenkels.

Für das Zustandekommen des sekundären Lupus giebt B. drei Wege an: a) Impfung durch langdauernde Berührung mit dem tuberkulösen Eiter; b) durch unmittelbare Berührung (Contiguité) der Gewebe; c) durch die während der Operation inficierten Stichkanäle.

Zur Vermeidung dieser unliebsamen Folgen empfiehlt B. für den Fall a, der sich namentlich bei den tuberkulösen Adenopathien immer wiederholt, Anwendung von Chlorzink und Höllenstein; für den Fall b, wo der sekundäre Lupus sich in der Tiefe bildet, sorgfältige Überwachung der Narbe; desgleichen für den Fall c; hier soll man die Nähte möglichst entfernt vom Operationsfelde anlegen; auch giebt Ver-

fasser zu erwägen, ob man hier nicht besser die antiseptische als die aseptische Methode anwendet.

IV. **Über einen Fall von Dermatitis herpetiformis DUHRING**, von BROUSSE. Schlecht genährte Feldarbeiterin von 66 Jahren. Beginn der Krankheit vor einem halben Jahre mit Ohreneiterung und kleinen Bläschen am Gaumen; vorübergehendes Erythem der Schenkel und der Bauchwand, daran sich anschliefsend Bläschenausschlag über den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts. Jetzt bestehen Vesikeln, Blasen, Pusteln, einzelne Papeln, Krusten, Schuppen und Hautverdickung, daneben unerträgliches Jucken und Brennen; das Allgemeinbefinden erträglich.

Den Schlufs dieses Heftes des *Journal* bildet eine kleine Plauderei von CABANÈS über die Krankheit, an der Marat, „der Freund des Volkes", gelitten hat. CABANÈS nimmt an, es sei dies ein Ekzem, vielleicht auf diabetischer Grundlage gewesen. Bedenklich scheint es aber doch, die beispiellose Grausamkeit eines Marat mit diesem chronischen Körperleiden in Verbindung setzen zu wollen. *Türkheim-Hamburg.*

The British Journal of Dermatology.

1894. Heft 3.

I. **Über das Wesen der Urticaria** mit einigen ungewöhnlichen Fällen und mit Bemerkungen zur Behandlung der Krankheit, von STEPHEN MACKENZIE - London. Verfasser erörtert in klarer Weise an der einfachsten Form der Urticaria, der Urticaria factitia, den pathologisch-anatomischen, resp. physiologischen Prozefs, der sich bei derselben abspielt. Fährt man mit dem Fingernagel über eine sensible, für Urticaria prädisponierte Haut, so entsteht zuerst ein weifser Strich, dem bald ein roter Streifen und nach kurzer Zeit eine hellrote, die Grenzen des applicierten Reizes wenig überschreitende Infiltration folgt.

Der weifse Strich entspricht einer Kontraktion der Hautgefäfse, wahrscheinlich durch Reizung der Vasokonstriktoren hervorgerufen. Auf die Zusammenziehung der Gefäfse folgt eine Erweiterung derselben, wahrscheinlich infolge eines mehr paralytischen Zustandes der Vasokonstriktoren. Derselben entspricht der rote Streifen. Die Blutgefäfse erweitern sich jedoch nicht nur, sondern es tritt teilweise auch eine Stase und eine daraus resultierende Transsudation ein, welche das Corium besonders durchdringt und, über die Grenzen der gereizten Stelle hinausgehend, den hellroten, infiltrierten Streifen oder bei einer anderen Form der Urticaria die Quaddel repräsentiert.

Der ganze Prozefs erweist sich als ein reflektorischer, durch direkte und mechanische Reizung eines Reflexzentrums entstanden. Als ein solches Zentrum ist nach der Ansicht des Verfassers das dichte Geflecht von feinen Nervenfasern in der oberen Schicht des Coriums anzusehen. Wahrscheinlich spielt auch die direkte, lokale, mechanische Reizung durch Stich von Brennnesseln oder von Warzen, Flöhen etc. bei der Urticaria eine gröfsere Rolle, als sie bisher angenommen wird.

Die Urticaria ab ingestis entsteht indirekt, indem schädliche chemische Stoffe vom Magen aus ins Blut gelangen und die Nervenplexus in der Haut reizen.

Viel weniger klar ist das Auftreten der Urticaria bei Frauen während der Menstruation, der Schwangerschaft und wie in einem Falle berichtet wird, kurze Zeit nach der Niederkunft.

Auch nach einer heftigen Gemütsbewegung hat man Urticaria entstehen sehen. Verfasser beschreibt im folgenden einige ungewöhnliche Fälle der Krankheit.

Ein Fall von Urticaria haemorrhagica. Ein zweijähriges Kind hatte Schollen gegessen. Am nächsten Morgen bekam es unter Störung des Allgemeinbefindens und erhöhter Temperatur Quaddeln an verschiedenen Teilen des Körpers.

Einige Quaddeln am Abdomen sahen tief dunkelrot aus, wie blutunterlaufen nach Quetschungen.

Die Behandlung bestand in heifsen Bädern und in abendlichen Gaben von Pulvis Hydrargyri cum Rheo. Nach Ablauf von acht Tagen war der Knabe geheilt.

Ein Fall von sehr chronischer Urticaria. Der 14jährige Knabe hatte vor 13—14 Monaten die Schafpocken gehabt. Seitdem litt er an einem Nesselausschlag, der im Frühjahr schlimmer wurde. Er brach zu jeder Tageszeit aus, am häufigsten und intensivsten aber früh am Morgen. Durch irgend eine Nahrung wurde der Ausschlag nicht beeinflufst. Der Appetit und die Verdauung des Patienten waren gut. Eine andere Krankheit war nicht vorhanden. Eine Schwester des Knaben hatte eine sehr schwere Urticaria gehabt, die sich 10—12 Jahre trotz aller angewandten Mittel hinzog.

Die Behandlung des Knaben bestand innerlich in Antipyrin und äufserlich in Abreibungen mit einer Lösung von Karbolsäure und Glycerin; später wurde Chinin und Eisen mit Bromkalium und Pillen, welche Zinkoxyd, Ichthyol und Chinin enthielten, verordnet. Eine Besserung war wohl ersichtlich, die Heilung konnte jedoch nicht erreicht werden, weil sich der Patient der Behandlung entzog.

Der Verfasser beschreibt einen Fall von Urticaria pigmentosa und einen Fall von Riesen-Urticaria. Am Schlusse wird die Therapie besprochen. Bei der letzteren hat man zuerst nach den Ursachen der Krankheit zu forschen und dieselben zu beseitigen, sodann wird die Behandlung eine symptomatische, besonders auf die Beseitigung des Juckens gerichtete sein. In akuten Fällen genügen schon die Regelung der Diät und ein warmes Bad, um völlige Heilung herbeizuführen.

Von therapeutischen Mafsnahmen kommen bei hartnäckigen Fällen in Betracht: Warme Bäder mit darauffolgender Abreibung mit einer Lösung von Karbolsäure und Glycerin, Einschmieren von 2%igem Salicylvaselin, Karbolvaselin. Innerlich hat Verfasser vom Antipyrin die besten Erfolge gesehen. Salicylate, Bromkalium, Atropin, Pilokarpin sind zuweilen ebenfalls nützlich.

II. **Dermatitis exfoliativa pigmentosa**, von Henry Handford - Nottingham. Der Patient ist ein 55jähriger, wohlgebauter, kräftiger Mann mit grauem Haar. Sein Gesicht ist so dunkel, dafs man glauben möchte, der Patient hätte die Addisonsche Krankheit. Früher war seine Gesichtsfarbe eine helle. Auch der ganze Körper ist von dunkler Hautfarbe, wie bei einem Mulatten. Andere Symptome von Addisons Krankheit sind jedoch nicht vorhanden.

Der Mann erfreut sich eines guten Appetits und wird von anderen Beschwerden, als von Hautjucken, nicht belästigt. Bei näherer Untersuchung findet man die Haut des ganzen Körpers ein wenig verhärtet, rauh und schuppig. Kurze Zeit, bevor er ins Hospital kam, war die Abschuppung so stark, dafs der Patient, wie er meinte täglich eine Handvoll von seinem Bette auflesen konnte. Auch Blasen will er früher gehabt haben, von denen jedoch gegenwärtig nur eine kleine am Ellenbogen zu sehen ist. Die Haut des Stammes ist zum grofsen Teile gerötet. An den Beinen ist die Hyperämie wegen der verdickten Haut nicht so deutlich ausgeprägt.

Die Affektion ist vor 13 Jahren im Sommer entstanden, als der Patient stark schwitzte und sich am Unterschenkel mit den Nägeln kratzte. Er glaubt, dafs irgend ein Stoff vom Strumpfe ins Blut gelangt sei, da der Ausschlag seit jener Zeit seinen Anfang nahm. Vor vier Tagen entstanden Blasen. Die Pigmentation der Körperhaut begann erst vor einem Jahre, nachdem der Patient eine Medizin genommen hatte. Was es gewesen ist, weifs er nicht. Im Hospital erhielt er innerlich Arsenik, später Chinin; äufserlich warme Bäder, Unnaschen Zinkleim über den Körper. Der Zustand

besserte sich aufserordentlich. Die Haut wurde zarter, feuchter. Die Schuppung hörte auf; aber die Pigmentation blieb unverändert.

Der Fall gleicht am meisten der Pityriasis rubra Devergie, nur ist die intensive Pigmentation bei derselben ungewöhnlich. Ob die letztere auf ein Medikament, vielleicht Arsenik, zurückzuführen sei, konnte nicht klargestellt werden. Die Pigmentation nach Arsenik pflegt weder so intensiv, noch so universell zu sein.

III. Korrespondenz. **Über eine Epidemie von Alopecia areata in Boston,** von J. T. Bowen-Boston. Die Epidemie trat in einem Mädchenwaisenhause auf. Die Zöglinge befanden sich in dem Alter von 3—14 Jahren. 63 von 69 Kindern wurden von der Affektion in mehr oder weniger starkem Grade befallen. Im Januar 1891 zeigte die erste Patientin, ein 11jähriges Mädchen, auf dem Scheitel drei bis vier vollkommen glatte, kahle Stellen ohne Krusten, Schuppen oder abgebrochene Haare. Das Mädchen lebte bereits acht Jahre in der Anstalt und hatte keinen Verkehr mit Kindern aufserhalb des Instituts. Sie wurde mit 10%iger Chrysarobinsalbe behandelt, ohne von den anderen Zöglingen abgesondert zu werden, da der Fall das Aussehen einer typischen Alopecia areata hatte und in keiner Weise auf Trichophytie schliefsen liefs. Im Monat März desselben Jahres erkrankte ein zweites Mädchen und im Juni gleichzeitig mehrere, bis die Zahl der Erkrankten auf 63 stieg. In keinem einzigen Falle konnte Ringworm nachgewiesen werden.

Neben der gewöhnlichen Form der Alopecie zeigten einzelne Patienten die Alopecia areata punctata. Bei einem Kinde wurden 80 punktförmige kahle Stellen gezählt. Zwei Fälle zeigten eine ausgesprochene Atrophie der Haut an den befallenen Stellen.

Bis Monat August machte die Krankheit Fortschritte, dann begannen sich bei dem einen und dem anderen Kinde Zeichen der Besserung zu zeigen. Ende Dezember waren viele kahle Stellen bereits verschwunden.

Die Behandlung bestand in täglichen Waschungen des Kopfes mit Sublimatlösung. Daneben kamen fünf verschiedene Behandlungsmethoden in Anwendung. Dafs die eine vor der anderen einen besonderen Vorzug hätte, konnte man nicht behaupten.

Der Verfasser schliefst an die Krankengeschichten einige Bemerkungen zur Ätiologie der Alopecia areata an. Die beschriebene Epidemie erinnert lebhaft an die „Pelade" der französischen Autoren, wie sie epidemisch in Schulen und im Heere auftritt. Man kann sich kaum dem Gedanken verschliefsen, dafs die Epidemie in dem Waisenhause auf Ansteckung zurückzuführen ist, obwohl das Contagium trotz aller Bemühungen nicht festgestellt werden konnte. *C. Berliner-Aachen.*

Clinica dermo-sifilopatica (Florenz).

1. Jahrgang. 1893. Heft 1.

Anläfslich der Einführung seiner neuen Zeitschrift in den dermatologischen Leserkreis dankt C. Pellizzari für seine ehrenvolle Wahl zur Übernahme der nun vereinigten Lehrstühle der Dermatologie und Syphiligraphie an der Florenzer Universität. Er hebt die Verdienste seiner Vorgänger Cipriani, del Greco, Michelacci (Favus, Herpes tonsurans) und P. Pellizzari hervor, geht dann über zur Entwickelung seines Lehrplanes und betont die Wichtigkeit einer gründlichen Kenntnis der dermatologischen Untersuchungsmethoden (Mikroskopie) als conditio sine qua non einer erfolgreichen Thätigkeit auf dem Gebiete unseres Spezialfaches.

Betrachtungen über einige Leprafälle, von C. Pellizzari. Verfasser konstatiert, dafs, entgegen der allgemein verbreiteten Ansicht, die Lepra keineswegs vollständig aus Italien verschwunden ist, und erwähnt die hiermit übereinstimmenden

Mitteilungen von Leloir und Zambaco. Wenn die Affektion heutzutage weniger bekannt ist, so liege dies daran, daſs Regierung und Behörden das Übel geheim zu halten suchen, daſs die Seltenheit der Krankheit die Diagnose erschwert, daſs den Kranken selbst eine Tendenz zur Isolierung, eine merkwürdige Apathie und Gleichgültigkeit in der Erkennung ihres Zustandes und gegenüber therapeutischen Maſsnahmen innewohnt.

Aus den mitgeteilten zehn Krankengeschichten geht hervor: 1. daſs die lepröse Infektion keineswegs ausschlieſslich mit Mangel und Elend in ursächlichem Zusammenhange steht; 2. daſs das Verlassen einer Lepragegend nach bereits erfolgter Infektion nicht vor dem Ausbruch der Krankheit schützt; 3. daſs die Krankheit hie und da von einer bestimmten Stelle der Hautoberfläche ausgeht (lokale Infektion), während andere Male ein ganzes System auf einmal betroffen wird, wodurch die Lepra von Anfang an den Verlauf einer allgemeinen Infektionskrankheit annimmt; daſs unter gewissen Bedingungen die individuelle Empfänglichkeit (die im allgemeinen als sehr gering betrachtet werden muſs) eine Zunahme erfährt. Die Möglichkeit der Kontagiosität der Lepra kann nicht geleugnet werden; dieselbe nimmt auch an Intensität zu im Verlaufe von Epidemien, wo einerseits das pathogene Virus eine vermehrte Wirksamkeit entfaltet und andererseits die individuelle Widerstandsfähigkeit abnimmt; 5. daſs die Malaria diese individuelle Widerstandsfähigkeit herabsetzt; 6. daſs man Leprafälle in Gegenden vorgefunden hat, wo man die Krankheit bisher nicht vermutet hatte, und daſs man solche bei eifriger Nachforschung nicht nur in Italien, sondern wahrscheinlich auch in anderen Gegenden des europäischen Kontinents antreffen würde, welche bisher als immun galten.

Klinischer und histo-pathologischer Beitrag zum Studium der Keratosis follicularis (Psorospermosis follicularis Darier), von Marianelli. Während der klinische Verlauf und der histologische Befund der vom Verfasser beobachteten und beschriebenen Fälle keinen Zweifel aufkommen lassen über ihre Zugehörigkeit zur Darierschen Dermatose, muſste die definitive Entscheidung über die Ätiologie derselben in suspenso gelassen werden. Es handelte sich hauptsächlich darum, die parasitäre oder nicht-parasitäre Natur der Affektion festzustellen. Die drei Fälle (ein 19jähriges Mädchen und zwei Brüder im Alter von 7, resp. 9 Jahren) bieten nun Anhaltspunkte für beide Ansichten, indem einerseits das Auftreten beim Erwachsenen, die Lokalisation und Figuration der Efflorescenzen, die rasche und definitive Heilung bei relativ einfacher Behandlung (Resorcinsalben) zu Gunsten der ersteren, die Symmetrie der Läsionen, die Hyperästhesie der lädierten Partien zur Zeit der Menstruation, das Vorkommen bei zwei Brüdern einer nervös belasteten Familie, der geringe Erfolg der Therapie und die häufigen Recidive andererseits zu Gunsten der zweiten Ansicht sprechen und einen nervösen Ursprung nahe legen.

Bezüglich der als Psorospermien beschriebenen runden Körperchen, die auch Verfasser reichlich vorgefunden hat, konnte dieser ihre groſse Widerstandskraft gegen gewisse Agentien, wie 40%ige Kalilauge etc., keineswegs aber konstant ihren intracellulären Sitz konstatieren. Inokulations- und Kulturversuche fielen negativ aus. Die Vermehrung des Eleidins und die bestehende Hyperkeratose der Follikelmündungen lassen sich ebenfalls für keine bestimmte Theorie verwerten.

In Anbetracht dieses Befundes schlägt Verfasser für die Dermatose die Bezeichnung „follikuläre Keratose“ vor.

Histologischer Vergleich zwischen der Balanoposthitis ulcerativa und dem Ulcus venereum der balano-präputialen Schleimhaut, von Marianelli. Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daſs es sich beim Ulcus venereum, wie bei der ulcerativen Balanoposthitis um einen entzündlichen Prozeſs mit Nekrose

des Epithels und der mehr oder weniger tief gelegenen Schichten des Coriums handelt dafs aber beim ersteren der Prozefs mehr circumskript bleibt und einen weniger stürmischen Verlauf nimmt, dabei aber eine gewisse Tendenz zeigt, sich langsam auszudehnen und in die Tiefe zu greifen.

Über Area Celsi, klinischer Vortrag von C. Pellizzari. Nachdem Vortragender die verschiedenen Argumente, welche zu Gunsten der exklusiv parasitären Natur der Area Celsi aufgestellt wurden, abgewiesen und zahlreiche Belege zur Unterstützung der neuropathogenen Theorie angeführt hat (Auftreten im Gefolge von erschöpfenden Krankheiten, unter schlechten hygienischen Bedingungen, bei „nervös" angelegten Individuen, nach Neuralgien etc.), teilt er die ausführliche Krankengeschichte eines sonst gesunden, kräftigen, von neuropathischem Vater abstammenden 37jährigen Mannes mit, der selbst keinerlei nervöse Störungen aufwies. Patient führte seine Krankheit auf eine bedeutende Verbrennung am Arme mit Petroleum zurück. Die Affektion hatte bald nach diesem Unfalle mit dem Auftreten einer Vitiligoplaque am Hinterhaupte begonnen, die sich allmählich vergrößerte, während ähnliche Veränderungen an zahlreichen anderen Körperstellen folgten. An den befallenen Stellen fingen nun auch die Haare an auszufallen, so dafs schliefslich der ganze Kopf und das Gesicht, zum Teil auch die übrigen behaarten Hautstellen von Haaren entblöfst waren.

Verfasser hält es nicht für unmöglich, dafs die beschriebene Affektion dem durch die Verbrennung bedingten psychischen Shock ihre Ursache vordankt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Besprechungen.

Klinisches Handbuch der Dermatologie, von H. Tenneson. (496 S. Paris, Octave Doin. 1893.) Wenn Jemand über irgend eine wissenschaftliche Disciplin ein neues Lehrbuch veröffentlicht, so beweist das zweierlei: einmal, dafs er ein solches Lehrbuch für nötig hält, dafs eine Lücke besteht, die von den bereits vorhandenen Lehrbüchern nicht ausgefüllt wird; und zweitens, dafs er sich dazu berufen fühlt. Über die erste Frage wage ich in diesem Falle ein Urteil nicht auszusprechen. Aber die zweite Frage glaube ich nach dem Durchblättern des vorliegenden Werkes beantworten zu können: Tenneson hat seine Aufgabe mit grofsem Geschick gelöst; er ist wirklich dazu berufen, ein Lehrbuch zu schreiben. Ein solches Buch ist doch namentlich für Diejenigen bestimmt, die den behandelten Gegenstand noch nicht kennen, die lernen wollen. Und gerade das Lernen wird durch das vorliegende Handbuch sehr erleichtert. Denn Tenneson schreibt zu gleicher Zeit fliefsend, in kurzen Sätzen und klar, durchsichtig, es besteht kein Zweifel über das, was er sagen will. Dabei beherrscht er seinen Gegenstand nicht nur vollständig; das ist eigentlich selbstverständlich und brauchte nicht erst lobend hervorgehoben zu werden. Aber er beherscht auch die Geschichte seiner Fachwissenschaft und erfreut und überrascht uns durch die reichhaltig eingestreuten geschichtlichen Bemerkungen.

In der geistvoll und durchdacht geschriebenen Einleitung wird uns in grofsen Zügen ein Bild von der Geschichte der Dermatologie gezeichnet. Tenneson unterscheidet drei grofse Abschnitte. Der erste Abschnitt dauerte bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts; mit dem englischen Dermatologen Willan begann der zweite (1757 bis 1812) und Hebra leitete den dritten ein. Die verschiedenen Dermatosen werden in

ziemlich willkürlicher Reihenfolge abgehandelt. Was thut's aber, meint Tennesson, da eine Klassifikation derselben doch noch unmöglich sei. Das Buch zerfällt in 41 Kapitel. Jeder einzelnen Krankheitsspecies ist ein geschichtlicher Überblick voraufgeschickt, die verschiedenen Bezeichnungen werden philologisch erklärt. Es folgt eine Schilderung der Krankheitssymptome, eine Beschreibung der verschiedenen Abarten und Nebenformen, dann wird die Ätiologie abgehandelt und schliefslich, was wieder lobend hervorgehoben zu werden verdient, der Therapie ein gröfserer Abschnitt gewidmet. Krankengeschichten sind nicht beigegeben, vielleicht aber wären Abbildungen und zumal farbige Tafeln manchem Leser sehr erwünscht gewesen. Die Ausstattung entspricht allen berechtigten Anforderungen. *Türkheim-Hamburg.*

Therapeutische Neuigkeiten auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und Syphilis, von S. Jessner. (Berlin, bei Fischer, 1894.) Als Erweiterung seines Vortrages in der „Berliner Klinik" hat Verfasser sich daran gemacht, in kritischer Weise die Neuigkeiten unserer Disziplin in ausführlicher Weise zu besprechen. Das Büchlein wird vom Praktiker mit Freuden begrüfst werden, giebt es ihm doch Gelegenheit, an der Hand dieses Leitfadens sich durch die Menge des Neugebotenen hindurchzuarbeiten und das Gute sich anzueignen. Soll fortgesetzt werden! *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Zur Lehre von der Wirkung des Silbernitrates auf die Elemente des Nervensystems, von A. Fischel. (*Arch. f. mikroskop. Anat.* 42. Bd. 2. Heft. 1893. S. 383.) Die eigentümliche Querstreifung, welche an Nervenfasern und Ganglienzellen nach Behandlung mit Silbernitrat auftritt, hat zu den kühnsten Theorien über den feinen Aufbau der morphologischen Bestandteile des Nervensystems (Markcylinder und Ganglienzelle) Anlafs gegeben. Auf Grund zahlreicher vergleichender mikrochemischer Untersuchungen (worüber im Original nachzulesen) kommt F. zu dem Schlusse, dafs diese Querstreifung keiner Struktureigentümlichkeit der betreffenden Gewebe entspricht, sondern überall dort vorkommt, wo kolloide Gewebe unter der Einwirkung von Silbernitrat, besonders bei gleichzeitiger Säureeinwirkung, erstarren. F. führt also das Phänomen der Querstreifung auf physikalische Ursachen zurück, wonach beim Übergang von kolloiden Substanzen in den festen Zustand, d. h. beim Erstarren der mit Silberkörnchen durchtränkten lymphatischen Flüssigkeit zu Kontraktionen, es zu inneren Spannungen von wechselnder Dichtigkeit kommt. Demgemäfs fand F. Querstreifung in den verschiedensten Gewebselementen und Organen, z. B. der Gallerte der Nabelschnur, im Bindegewebe der Haut, der gröfseren Gefäfse der Lungen, der Bronchien, der Zellengänge, in den Blutgefäfsen der Nieren etc. *Heufs-Zürich.*

Über Adeps lanae. (*Pharm. Centralh.* 1893. No. 47.) Der Vorwurf, dafs bei der Herstellung des Adeps lanae das Lanolinpatent verletzt sei, wird zurückgewiesen. Das letztere Patent betrifft die Umwandlung des zähen, mifsfarbenen, übelriechenden, gereinigten, natürlichen Wollfettes durch Wassereinkneten in eine geruchlose, neutrale, als Salbengrundlage brauchbare Masse, das Lanolin, während der Adeps lanae an sich ohne jedes Wassereinkneten eine vollständig neutrale, geruchlose, gelbweifse Salbenunterlage bildet, ein Präparat aus Wollfett dargestellt, welches gegen-

über dem natürlichen Wollfett ganz neue, vorteilhafte, technisch nutzbare Eigenschaften aufweist. Das Lanolinpatent will durch das Einkneten von Wasser eine geeignete Salbenunterlage erst schaffen; dazu muſs das Wasser so fest verknetet sein, daſs es nicht leicht abdunsten kann; bei Verwendung von Adeps lanae zur Herstellung eines Fettgemisches, welches als Grundlage für Kühlsalben dienen soll, geht der Zweck darauf hinaus, das Wasser so lose zu binden, daſs es leicht wieder abdunsten kann. Erst dadurch, daſs ein anderes Fett in dem Wollfett oder Wollfettpräparate gelöst wird, erlangt letzteres die Fähigkeit, als Salbenunterlage für eine Kühlsalbe verwendbar zu sein. *A. Straufs-Barmen.*

Notiz über Chlorzinkstifte, von Prof. Heinrich Köbner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 45.) Verfasser weist auf die Mängel bei der Herstellung der von ihm 1870 angegebenen Chlorzinkstifte hin. Erstens werden sie oft viel zu groſs hergestellt; sie sollen nur 4—5 cm lang und 4—5 mm dick sein, da sie sonst mit der Zeit an Festigkeit und Gleichmäſsigkeit verlieren. Zweitens werden sie gewöhnlich nur in einem relativ am wenigsten lange haltbaren Mischungsverhältnisse angefertigt, und zwar mit höchstem Chlorzink- und geringstem Salpetergehalt, statt in der vom Verfasser spezifizierten Stärkeskala. Die hohe Konzentration ist nur zur Zerstörung von Hyperplasien und Neubildungen, zumal wo glatte Narben erwünscht sind z. B. im Gesicht, nötig, für tiefe, einfache oder virulente Ulcerationen von Haut und Schleimhaut, speziell diejenigen luetischer Natur am Gaumen und im Rachen, genügt das Verhältniss 1 Chlorzink : 0,4 Kalium nitricum. Für flache Verschwärungen, Fistelgänge genügen sogar Kompositionen mit Salpetergehalt; bei Erosionen, Blennorrhoen der Schleimhäute (Cervix uteri, Urethra, Vagina) reichen schon Stifte von 1 Chlorzink : 4—5 Salpeter aus.

Verfasser stellt eine numerierte Skala auf; für die Auswahl ist die beabsichtigte Tiefe der Ätzung und die damit parallel gehende Dicke oder Zartheit des Ätzschorfs maſsgebend. Man darf von dem Stift jedesmal nur so viel Stanniol abstreifen, als für die Ätzung nötig ist, muſs ihn nach dem Gebrauche sorgsam abtrocknen und in das ausgetrocknete Gläschen zurückbringen. Bei Anwendung der stärksten Stifte ist die vorherige Applikation von Kokainlösung erlaubt; bei den schwächeren genügt nachfolgende Kaltwasserspülung.

Die Skala lautet:

No.	1	Zinc.	chlorat.	p.	1 :	Kal.	nitr.	p. 3
„	2	„	„	„	1 :	„	„	„ 1½
„	3	„	„	„	1 :	„	„	„ 1
„	4	„	„	„	1 :	„	„	„ 0,4
„	5	„	„	„	1 :	„	„	„ 0,2

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Verwendbarkeit des Europhens in der Dermatotherapie, von Karl Ullmann. (*Internat. klin. Rundsch.* 1893. No. 3.) Das Europhen hat vor dem Jodoform voraus die Geruchlosigkeit, die besseren Löslichkeitsverhältnisse, die geringere spezifische Schwere, die vollkommene Ungiftigkeit. Verfasser hat auf der Abteilung von Hebra jr. der Wiener Allgemeinen Poliklinik günstige Resultate mit diesem Mittel erzielt, das 27,6% Jod enthielt. Bei 176 Fällen wurde es pur als Puder, als Ätherspray und Lanolin-Vaselin-Salbe benutzt. Beim Ulcus molle wirkt das Europhen, 2–3 mal täglich aufgestreut, sehr gut, stark eiternde oder schmierig belegte Stellen touchiert man mit 5%iger Kupfersulfatlösung. Gangrän, Autoinfektionen kamen dabei nie zur Beobachtung. Bei ulcerierten luetischen Sklerosen und nässenden Papeln war die heilende Wlrkung sehr zufriedenstellend. Um Übernarbung, resp. Überhäutung der Papeln zu erzielen, kombiniert man die Behandlung so, daſs man nachts

Collemplastrum hydrargyri auflegt, morgens mit schwacher Sublimat- oder Karbollösung abwäscht und Europhen für den Tag aufstreut. Reine, nicht inficierte Operationswunden heilten stets glatt, wie unter Jodoform. 5%iger Europhen-Ätherspray bewährte sich bei einmaliger Applikation am Tage gegen oberflächliche Geschwüre, 3% Salbe gegen Brandwunden. Verfasser glaubt, dafs das Europhen dauernd dem Arzneischatz einverleibt werden wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Macassar-Öl, von R. Glenck. (*Americ. Journ. of Pharmac.*) Dasselbe, aus dem Samen der „Schleichera Trijuga" in Ostindien bereitet, genieſst hier einen groſsen Ruf als Mittel zur Beförderung des Haarwuchses und gegen Hautkrankheiten, besonders Ekzem. Das heutzutage in den Handel kommende Öl ist gröſstentheils ein Gemisch von Cocanuſsöl und Ylang-Ylang-Extrakt. Die wohlthätige Wirkung des ersten Öles wird dem darin enthaltenen Acidum hydrocyanicum zugeschrieben. *A. Strauſs-Barmen.*

Woran erkennt man die reinen Olivenölseifen? (*Dtsch.-Am. Apoth.-Ztg.* 1893. No. 10.) An den Lösungen! Obgleich die Olivenkernseife eine Natronseife ist, löst sich dieselbe in etwa 8—10fachem Verhältnisse in Wasser klar auf und bleibt auch nach dem Erkalten dünnflüssig. Jede andere Seifenlösung kann fest gelatinieren oder bleibt bei etwa 24stündigem Stehenlassen nicht mehr ölartig, sondern fühlt sich rauh an und setzt sich wässerig ab. Die reinen Olivenseifen geben also dieselben geschlossenen Lösungen, wie sonst nur die Kaliumseifen.
A. Strauſs-Barmen.

In seinen Untersuchungen über die **Wirkung der pyrogenen Toxine auf die Urinsekretion** hat Charrin konstatiert, dafs diese Toxine, speziell diejenigen des Bacillus pyocyaneus, eine Zunahme des Harnstoffes und der Phosphorsäure, dagegen eine Abnahme der Chlorüre bedingen. (*Progrès méd.* 1894. No. 5.)
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Angewöhnung an Quecksilber- und Jodpräparate, von Wickham. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 6.) An der Hand von zwei klinischen Beobachtungen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Bei langdauernder Behandlung soll diese intermittierend sein, mit Pausen von 1—2 Monaten.

2. Die Medikation werde in progressiv steigenden Dosen gereicht.

3. Stellt sich im Verlaufe der Behandlung Angewöhnung ein, so soll eine 15- bis 20tägige Pause eintreten, während welcher Zeit hygienische Maſsregeln, Tonica, leichtere Diuretica und Laxantia zur Anwendung kommen sollen. Hierauf soll wieder Hg verabfolgt werden, und zwar: 1. plötzlich mit hohen Dosen, 2. in höheren Dosen, als sie Patient zu gebrauchen gewohnt war, und 3. event. in anderer Form und auf anderem Wege.

Im Laufe des zweiten Jahres werden die Pausen in der Quecksilbermedikation durch Darreichung von Jodpräparaten ausgefüllt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Loretin, ein neues Antisepticum. (*Therap. Blätter.* 1894. No. 1. *Zeitschr. d. allg. Apoth.-Ver.* 1893. No. 34.) Loretin ist Meta-Jod-ortho-Oxychinolin-ana-Sulfosäure, bildet ein dem Jodoform ähnliches, intensiv schwefelgelbes Pulver, ist geruchlos, in Wasser und Alkohol nur sehr wenig (0,7 : 100), in Äther und Ölen gar nicht löslich; mit Ölen und Kollodium bildet es haltbare Emulsionen. Das Natrium- und Calciumsalz wird auch therapeutisch verwendet. Loretin, allein oder *mit* Magnesia usta, Pulvis iridis florum gemischt, wird als Streupulver für Wunden, Geschwüre, Furunkel, Brandwunden etc. benutzt. Mit Kollodium bildet es bei

Erysipel, Ekzem, Lupus ein vortreffliches Mittel; Loretinstäbchen wendet man bei Fistelgängen an. Loretin-Natrium, in Wasser leicht löslich, empfiehlt sich 2—5%ig als Ersatz für Karbolwasser; die Lösung ist orangerot. Loretin-Calcium, unlöslich in Wasser, dient zur Herstellung von Loretingaze, die vorher mit Loretin-Natrium getränkt ist.

Loretin ist von Prof. Claus in Freiburg hergestellt, von Prof. Schinzinger therapeutisch geprüft. Er findet es vollständig ungiftig; auf Granulationsprozesse und Heilung wirkt es sehr günstig, günstiger als Jodoform; es ist frei von Nebenwirkungen, vollkommen geruchlos, wirkt sogar desodorierend. (Hoffentlich erfüllen sich alle Verheifsungen; aber wie steht es mit dem Preise? Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dijodoform ist ein neues Antisepticum (*Therap. Blätter.* 1894. No. 1), welches Jodoform ersetzen soll und fast geruchlos ist. Es ist Äthylenperjodid, hat die Formel C_2J_4. Der Körper kann betrachtet werden als folgendermafsen entstanden:

$$C_2J_4 = 2CHJ_3 - 2HJ.$$

Das Dijodoform enthält 95,49% Jod, ist unlöslich in Wasser, wenig löslich in Alkohol und Äther, leicht löslich in Chloroform, Schwefelkohlenstoff, Benzin und heifsen Toluolen; aus letzteren krystallisiert es in schönen, prismatischen, gelben Nadeln aus. Schmelzpunkt 192°. Am Lichte bräunt es sich und nimmt einen charakteristischen Geruch an, wahrscheinlich nach Zersetzung in Jod und Äthylenperjodid. Durch heifse, alkoholische Kalilauge wird es zersetzt, ist sonst aber gegen chemische Reagentien sehr widerstandsfähig. (Maquenne et Taine in *Rép. de Pharm.* 1893. No. 12.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Notiz über **das Lycetol** (Dimethylpiperazinum tartaricum), ein harnsäurelösendes Mittel, von Dr. H. Wittzack-Frankfurt a. M. (*Allg. med. Centralstg.* 1894. No. 7.) Verfasser schreibt dem von den Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. in Elberfeld hergestellten Präparat zum mindesten dieselbe Fähigkeit zu, Harnsäure zu lösen, wie dem Piperazin. Vorteilhaft unterscheidet es sich von dem Piperazin durch seinen ausgezeichneten Geschmack und das Fehlen jeglicher Hygroskopicität, ferner durch seine gröfsere Billigkeit. Auf Grund von sieben später mitzuteilenden Fällen von Harnsäure-Diathese hebt Verfasser hervor, dafs das Lycetol für die Therapie dieser Krankheit mindestens ebensoviel zu leisten scheint, als das Piperazin. Im wesentlichen beobachtet er nach Gebrauch von Lycetol:

1. eine beträchtliche Vermehrung der Diurese bei herabgesetztem spezifischen Gewicht des Harns;

2. Wohlbekömmlichkeit des Salzes ohne jegliche Störung des Allgemeinbefindens bei längerem Gebrauch des Mittels;

3. Nachlafs der Beschwerden bei Gicht, Ausbleiben eines sonst regelmäfsig wiederkehrenden Gichtanfalles und erhebliche Abnahme des Harngrieses bei fortdauerndem Gebrauche des Mittels;

4. die subkutanen Injektionen von Lycetollösung sind zu vermeiden.

A. Strauſs-Barmen.

Cresolum purum liquefactum (Dr. Noerdlinger, chemische Fabrik in Bockenheim) wird für alle Zwecke, zu denen bisher reine Karbolsäure Verwendung fand, und speziell für die ärztliche Antisepsis, empfohlen. Es ist eine reine, einheitliche Substanz von feststehenden Eigenschaften, frei von allen überflüssigen wertlosen Zuthaten, stellt eine farblose, wasserhelle Flüssigkeit von angenehmem, aromatischem Geruch dar, ist in jedem Verhältnis in Alkohol, in 33 Teilen Wasser klar löslich, ist weniger giftig, als Karbolsäure und Sublimat. Die Instrumente bleiben beim Einlegen in Lösungen stets sichtbar. Letztere wirken gar nicht auf die Haut ein,

machen die Hände weder schlüpfrig, wie Kreolin- und Lysollösung, noch taub, wie dreiprozentige Karbollösung. Metallinstrumente werden nicht angegriffen.

A. Strauſs-Barmen.

Monnier berichtet über einen Fall von **Karbolgangrän** bei einem Mädchen, dem wegen eines Insektenstiches am Finger Kompressen mit 90%iger Karbolsäure während 10—12 Stunden gemacht worden waren. Aufserdem trug sie an dem betreffenden Finger einen Ring, welcher dann entfernt wurde. Die Gangrän erreichte am 20. Tage den Knochen der Grundphalange; Exartikulation. (*Progrès méd.* 1894. No. 7.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Am bakteriologischen Institut in Bern hat Arnd eine Reihe von Versuchen über den desinfektorischen Wert des **Kresolsaponates** (Burckhardt) angestellt und es mit den übrigen Kresolpräparaten (Solveol, Lysol, Kresol Raschig etc.) verglichen. Es zeigte sich dabei, dafs es diesen letzteren in keiner Weise nachsteht, sich aber von ihnen durch verschiedene Vorzüge auszeichnet. So ist es bedeutend billiger, als das Lysol, mit dem es die guten Eigenschaften teilt: genügende Durchsichtigkeit der wässerigen Lösungen, Reizlosigkeit derselben gegenüber Haut und Wunden, hohe desinfektorische Kraft (1—2%). Die übrigen Kresole trüben sich, mit hartem Wasser gelöst, sehr intensiv. Von Staphylokokkenkulturen töteten 2%ige Lösungen des Saponates in einer halben Minute fast alle, in zwei Minuten alle Keime. Während mehrerer Tage konstant auf die Haut appliciert, erzeugt es eine geringe Mumificierung der Epidermis, die sich bräunt und in gröfseren Fetzen ablöst. Selbst Einreibungen des unverdünnten Präparates in die Haut mittelst Bürste werden gut vertragen und bedingen höchstens an dünnen Hautstellen Gefühl von Brennen und Abstumpfung des Gefühles. Die Darstellung des Präparates aus 100%iger Karbolsäure und Kaliumseife ist eine sehr einfache und durch jeden Apotheker ausführbar. Es mufs aber einen wirklichen Gehalt von 50% Kresolen aufweisen. (*Corresp. f. schweiz. Ärzte.* 1894. No. 1.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Bakteriologische Untersuchungen über die baktericide Kraft der Vasogene (oxygenierte Kohlenwasserstoffe), von Max Dahmen. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1893. No. 22.) Verfasser untersuchte die baktericide Kraft der Vasogene, welche bekanntlich mit Wasser haltbare Emulsionen bilden. Auf Choleravibrionen wirkten dieselben nicht schädigend ein, ebensowenig that es das Jodoform-Vasogen. Dagegen tötet eine 1%ige Kreosot-Vasogen-Emulsion Typhusbacillen schon in fünf Minuten. Das Kreosot-Vasogen ist besonders in Milch gut einzunehmen. Staphylokokkenfäden waren nach Eintauchen in Kreosot-Vasogen sofort steril, Anthraxfäden aber keimten noch nach 14 Tagen. Das Kreolin-Vasogen, welches mit Wasser eine gelbbraune Lösung bildet, tötet Staphylococcus pyogenes aureus in 3%iger Lösung sofort. Dieses „Creolinum solubile" darf nur mit kaltem Wasser gemischt werden. Die 50%ige Kreolinseife, die mit Vasogen hergestellt ist, ein flüssiges Präparat, macht Staphylococcusfäden sofort steril, Anthraxfäden in 24 Stunden. Diese Kreolinseife wird pur in die Hände zur Desinfektion eingerieben; wie Versuche beweisen, werden diese dadurch sofort steril; nur etwaige Milzbrandsporen werden nicht abgetötet. Die Hand wird in keiner Weise angeätzt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Ueber die Wirksamkeit und den Bestand „der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra" berichtet W. Zoege von Manteuffel in der Gesellschaft livländischer Ärzte in Jurjew (Dorpat) vom 1.—3. September 1893. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893.

No. 52). In den Leprosorien Nennal und Muhli sind im letzten Jahre 93 Lepröse verpflegt, davon in Muhli 53 (41 Lepra tuberosa, 10 Lepra maculosa, 2 Lepra mixta). Gestorben sind 8. Der durchschnittliche Aufenthalt der Kranken betrug 10½ Monate; nach Nennal sind 15 überführt. In Nennal sind 57 Lepröse (22 Männer, 35 Weiber) aufgenommen, gestorben 6. Von dem übrigen Berichte, der die Kosten der Verwaltung, die Einrichtung der Anstalten betrifft, sei nur noch einzelnes hervorgehoben. Der Versuch, die weiblichen Insassen zum Waschen heranzuziehen, mifslang, da dieselben die andauernde Benetzung der Hände nicht vertragen. Die Männer dagegen leisten alle Arbeiten. Der Zuzug ist ein reger, die vakanten Betten sind schon lange vorher belegt. Die finanzielle Lage ist trotz Schenkungen seitens der Ritterschaft Esthlands keine günstige.

„Zur Verbreitung und Behandlung der Lepra" lautet ein Vortrag von ARTHUR REISNER. Für die Bedeutung der Kontagiosität spricht die Verbreitungweise der Lepra in mehreren Wohlthätigkeitsanstalten Rigas. Nachdem aus zwei Anstalten in den letzten zwei Jahren 5 Lepröse aufgenommen sind, hat eine Enquete unter den Insassen aller Institute stattgefunden. Dabei sind 25 Lepröse gefunden worden, die in den letzten 3—4 Jahren erkrankt sind, nachdem sie 10—15 Jahre in der betreffenden Anstalt verweilt. Besonders zeigen zwei Institute einen auffallend hohen Prozentsatz. Neunmal erkrankte die Bettnachbarin einer Leprösen, fünfmal ist die Erkrankung nach jahrelangem intimen Umgange erfolgt, nur vier Fälle konnte man auf zufällige Infektion zurückführen. Die Inkubation betrug gewöhnlich 4 Jahre, einmal nur 1½ Jahre. Alle Erkrankten waren älter als 50 Jahre, keiner war hereditär belastet; sämmtliche hatten vorher in relativ guten Verhältnissen gelebt.

Die Behandlung mit Gurjunbalsam bewirkte bei 26 Patienten ein Zurückgehen der Symptome; bei keinem sind sämtliche nach 10 monatlicher Behandlung geschwunden. Es wurden 5—10 Tropfen, allmählich steigend, täglich gegeben; äufserlich wurde eine Salbe von 3 Gurjunbalsam zu 1 Lanolin eingerieben. Die Infiltrate haben nur zum Teil eine blafs-bronzefarbige Pigmentierung hinterlassen. Das mikroskopische Bild von excidierten Hautstücken zeigt keine Rundzellenanhäufungen im Corium mehr und keine Leprabacillen, die vorher in grofser Zahl vorhanden waren. Patient und Präparate werden demonstriert.

In der Diskussion führt PETERSEN aus, dafs die Fürsorge für die Leprösen in Rufsland in erfreulicher Weise zunehme, und gedenkt der verschiedenen Vereine und Leprosorien, über die in diesem Blatte wiederholt berichtet ist. Was die Verbreitung der Lepra in Rufsland betrifft, so sind in 59 von 89 Gouvernements Lepröse vorhanden. Officiell registriert sind 1888: 664, 1889: 792, 1890: 839 Lepröse in Rufsland, doch ist die Zahl in Wirklichkeit viel gröfser. Der Redner plädiert für Anzeigepflicht bei Leprafällen.

A. v. BERGMANN erinnert dem vorgestellten Falle gegenüber an das von DANIELSEN und BOECK beobachtete spontane Schwinden der Leprasymptome bei der tuberösen Form, wofür dann aber andere Lokalisationen an die Stelle träten. Letzteres ist in diesem Falle bisher allerdings nicht erfolgt und deshalb die Annahme einer Wirkung des Gurjunbalsams naheliegend. KOPPEL berichtet über die in Muhli angestellten therapeutischen Versuche. Methylenblau intern färbte die Tubera violett, blieb aber ohne besonderen Einfluſs. Ichthyol hatte keinen Erfolg. Naphtalin ist zur Behandlung der Geschwüre zu empfehlen. Hoàng-Nàn, von Missionaren empfohlen, enthält etwas Strychnin, giebt aber keine Erfolge. Günstigen Einfluſs hatte anhaltendes hohes Fieber; einmal bewirkte ein Typhus abdominalis ein Schwinden der Tubera, einmal ein fieberhaftes Erythema nodosum eine Verkleinerung derselben und Heilung von Geschwüren, einmal Pneumonie eine Abflachung der Tubera. In einem frischen Falle wurden In.

jektionen von Hydrargyrum salicylicum gemacht; nach der ersten Injektion entstand ein 3—4 Tage anhaltendes Fieber über 39 ° C. Darauf traten die Menses wieder ein, die Knoten wurden wieder weicher und flacher. Nach den folgenden Injektionen stellten sich weder Fieber noch Besserung ein.

KATTEFELD-WALDHEIM berichtet über die zwei in Livland gegründeten „Vereine zur Bekämpfung der Lepra". *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lepra und Syringomyelie, von E. v. DÜRING-Konstantinopel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 6.) Die Lepra bringt in ihrem Gefolge Nervenerscheinungen aller Art mit sich: vasomotorische, trophische, sensible und sekretorische Anomalien, die Bilder der Tabes, der Typus Aran-Duchenne, der Erythromelalgie, der Maladie de Morvan, der Maladie de Raymond, der Syringomyelie, alle können wir bei der Lepra finden. Die Beziehungen der Lepra zur Syringomyelie, resp. der Morvanschen Krankheit, welche ZAMBACO bekanntlich als Äufserungen der Lepra in Anspruch genommen hat, macht Verfasser zum Gegenstande seiner Erörterungen. STEUDNER fand in einem Falle von Lepra anatomisch Syringomyelie, ebenso LANGHANS; SCHULTZE aber weist diese Fälle als nicht leprös zurück. Nun ist es Thatsache, dafs das charakteristische Bild der Syringomyelie bei Lepra in Lepraländern gefunden wird, was ZAMBACO bewog, nach Paris zu gehen, um die dortigen Fälle von Syringomyelie zu studieren. Er konnte dort eine Reihe von als Syringomyelie angesehenen Kranken als an Lepra Leidende feststellen. Jedenfalls beruhen die als Syringomyelie sich charakterisierenden Krankheitsbilder, die Verfasser beobachtet hat, alle auf Lepra.

Verfasser geht dann auf die Differentialdiagnose beider Leiden ein an der Hand der Arbeiten von BRUEHL, HOFFMANN, TORNOW, denen allerdings die nötige Erfahrung über Lepra kaum eigen ist. Die Diagnose der Lepra ist oft sehr schwer, da die bekannten Erscheinungen alle fehlen, die Sensibilitätsstörungen von dem üblichen Schema sehr abweichen können. Die Angabe, dafs die leprösen Veränderungen neuritische, periphere sind, ist durch Sektionen nicht bewiesen, deren Zahl ja aufserordentlich gering ist. Vom klinischen Standpunkte betrachtet ist die Abtrennung einer nervösen Lepraform wie einer anästhetischen widersinnig, da bei keinem Leprafalle Nervenerscheinungen fehlen; diese aber weisen zwingend auf zentralen Ursprung hin, ebenso wie diejenigen bei der Erythromelalgie, Syringomyelie, Morvanschen Krankheit, symmetrischen Asphyxie und Gangrän, welche doch sich durch periphere Neuritis nicht erklären lassen, vielmehr von EULENBURG auf eine Affektion in der hinteren und seitlichen grauen Substanz, event. unter Beteiligung der vorderen grauen Substanz, der Hinterstränge und der hinteren Wurzelfaserung zurückgeführt werden. Folgende Schlüsse stellt Verfasser auf:

1. Individuen, deren Erkrankung als Paradigmen für Syringomyelie und Maladie de Morvan galten, haben sich nachträglich als leprös erwiesen. Wir müssen demnach zugeben, dafs es eine Erkrankung giebt mit den Symptomen der Syringomyelie und Maladie de Morvan, die auf lepröse Infiltration zurückzuführen ist.

2. Da die Lepra in Frankreich zweifellos als überlebend nachgewiesen ist, überdies überall im Zunehmen ist, dürfte die Thatsache, dafs ein Individuum sich nie der Ansteckungsmöglichkeit ausgesetzt hat, differential-diagnostisch nicht mehr zu verwerten sein.

3. Da der Nachweis der Leprabacillen häufig erst später, manchmal gar nicht in zweifelhaften Fällen von Lepra gelingt, so können wir in zweifelhaften Fällen den nicht gelungenen Nachweis der Bacillen nicht als differential-diagnostisch entscheidendes Moment ansehen.

4. Es erscheint uns die Annahme unbegründet und der klinischen Beobachtung durchaus widersprechend, dafs die nervösen Symptome der Lepra lediglich auf peri-

phere Erkrankungen zu beziehen seien. Im Gegenteil werden wir klinisch dahin geführt, für viele Veränderungen den Sitz dieser Läsionen ins Zentralorgan zu verlegen.

Demnach glaubt Verfasser, dafs die Bilder der Syringomyelie etc. verschiedenen Ursachen ihre Entstehung verdanken können, unter denen die Lepra einen hervorragenden Platz einnimmt. Sie in jedem Falle auszuschliefsen, dürfte schwer sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lepra und Morvansche Krankheit, von Markstang. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 661.) Markstang hat die Angaben Zambacos in Bezug auf die Identität von Lepra, Morvanscher Krankheit und Syringomyelie an Ort und Stelle in Brest einer Nachprüfung unterzogen und dabei gefunden, dafs allerdings viele Beziehungen zwischen den drei Krankheitsformen bestehen, dafs sie sich aber auch symptomatisch und anatomisch voneinander unterscheiden. Die Gelenkerkrankungen z. B. und die Erhöhung der Sehnenreflexe finden sich nur bei der Syringomyelie, nicht aber bei der Lepra; bei ersterer findet sich nur Erkrankung des Rückenmarks, bei letzterer eine käsige Entartung der peripheren Nerven mit Infiltration von Bacillen. Markstang kommt daher zu dem Schlufs, dafs man beide Krankheiten nicht identificieren dürfe.

Türkheim-Hamburg.

b) *Tuberkulose.*

Nach Fukala kommt das **Chalazion** auf zweierlei Weise zu stande: In einer Reihe von Fällen handelt es sich um eine Sekretretention in den Drüsengängen, wodurch eine Reizung und nachherige Entzündung ihrer Wandungen und der Umgebung entsteht (Fuchs). Mikroorganismen wurden hierbei niemals gefunden. In anderen Fällen tritt die Affektion nach Applikation von Kollyrien auf, auch wenn diese ganz aseptisch gehalten wurden. Wahrscheinlich stehen hier die entzündlichen Erscheinungen unter dem Einflusse der Alkaloidwirkung.

Über Mikroorganismenbefunde variieren die Angaben zu sehr, als dafs man die Affektion mit der Wirkung eines bestimmten Parasiten in Zusammenhang bringen könnte. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 2.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die bakterielle Association der Tuberkelbacillen mit hämorrhagischen Mikrobien, von Babes. (*La Roumanie méd.* 1893. No. 7.) Bei dem ersten der drei Patienten, bei denen sich im Verlaufe von Tuberkulose eine hämorrhagische Infektion hinzugesellte, war diese durch den Eintritt eines Streptococcus durch die entzündeten Bronchien zu stande gekommen. Dieser Streptococcus war analog mit dem von Hanot und anderen gefundenen und erwies sich als toxisch für Kaninchen. Bei einem zweiten Patienten fiel die bakteriologische Untersuchung der verschiedenen Organe negativ aus. In einem dritten Falle bildeten die ulcerierten Mandeln die Eingangspforte für die septische Infektion (Bacillus pseudodiphteriticus, ein dem Typhusbacillus ähnlicher Pilz, Staphylo- und Streptokokken). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Unterbrechungen bei tuberkulösen Hautkrankheiten, von Hallopeau. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 726.) Bei fast allen Formen der Hauttuberkulose kann es zu einer kürzeren oder längeren Unterbrechung der Erscheinungen kommen. Am häufigsten ist das bei dem Lichen scrophulosorum und bei denjenigen Formen der Hauttuberkulose der Fall, die sich an tuberkulöse Erkrankungen der unterliegenden Gewebe anschliefsen. Auch beim Lupus vulgaris kann es unter geeigneter Behandlung zu einem lange dauernden Stillstande kommen. H. führt einen Fall an, wo die lupöse Narbe sich 40 Jahre lang ruhig verhielt. Von einer dauernden Heilung darf man bei diesem Leiden aber nie reden.

Diese Unterbrechung der Symptome beruht nach H. darauf, dafs die spezifischen Keime aus irgend einem Grunde lange Zeit unthätig bleiben, um dann plötzlich wieder zu neuer Thätigkeit sich aufzuraffen. *Türkheim-Hamburg.*

Lupus und Oedema lymphangiticum, von H. Leloir. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 582.) Leloir weist darauf hin, dafs die ödematöse Infiltration, die so manchen Lupus umgiebt, keine Wirkung des Kochschen Bacillus, sondern der Eitererreger sei. Ehe man an die eigentliche Lupusbehandlung geht, mufs man in solchen Fällen das lymphangitische Ödem durch Anwendung von Antiseptica, durch die Staphylokokken und Streptokokken unschädlich gemacht werden, beseitigen.

Türkheim-Hamburg.

Lupus und Anthrax, von H. Leloir. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 577.) Bei einem Menschen, dessen Körperoberfläche ungefähr zum dritten Teil lupös erkrankt war, entwickelte sich am unteren Winkel des rechten Schulterblattes ein Tumor, der anfangs einige diagnostische Schwierigkeiten bereitete, sich aber bald als Karbunkel entpuppte und im weiteren Verlaufe nichts Abnormes bot. Leloir weist darauf hin, wie leicht bei der stets exkoriierten lupösen Haut, zumal wenn der Lupus mit Einreibungen behandelt wird, Eitererreger in das Unterhautzellgewebe gelangen können. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Natur des Lupus vulgaris vom klinischen Standpunkte aus, von Colcott Fox. (*Westminster Hospital Reports.* 1893.) Verfasser teilt die von ihm genau beobachteten 96 Fälle von Lupus vulgaris mit und kommt über die Ätiologie etc. des Lupus vulgaris zu den jetzt fast allgemein anerkannten Schlüssen, speziell auch, was die Beziehungen des Lupus zur Tuberkulose angeht. Die Arbeit enthält die erste derartige Statistik, die in England über diese Frage aufgestellt worden ist.

F. Hahn-Bremen.

Über die Virulenz des Lupus, von Arloing und Courmont. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 722.) In früheren Arbeiten hatte Arloing nachgewiesen, dafs das Virus der tuberkulösen Gelenk- und Knochenentzündungen nicht immer gleich stark sei, indem durch Impfung desselben auf Meerschweinchen und Kaninchen die Tuberkulose hier bald leichter, bald schwerer übertragen werde.

In der vorliegenden Arbeit nun suchen die Verfasser das nämliche für den menschlichen Lupus zu erweisen — im Gegensatze zu Leloir, der dem Lupus überhaupt nur eine geringe Virulenz zuschreibt und die wenigen Ausnahmen — von 200 Lupusfällen gelang ihm nur zweimal eine subkutane Überimpfung auf Kaninchen und Meerschweinchen — auf das Vorhandensein gröfserer Mengen von Tuberkelbacillen zurückführt.

Die Verfasser machten nun in vier Lupusfällen Übertragungsversuche, dreimal mit ausbleibendem Erfolge. Beim vierten Falle — es handelte sich um ein 10jähriges Kind aus tuberkulöser Familie mit Gesichtslupus — glückte die Impfung einmal unter drei Versuchen. In dem erfolgreichen Falle war ein Stückchen lupöses Gewebe in das Peritoneum eines Meerschweinchens gebracht worden. Die Sektion des Tieres ergab Tuberkulose sämtlicher Eingeweide.

Von dem ausgepreſsten Safte der tuberkulösen Lungen dieses Tieres wurden vier Meerschweinchen je zwei Tropfen und vier Kaninchen je vier Tropfen subkutan eingespritzt. Sämtliche acht Tiere wurden tuberkulös.

Da nun die Tuberkelbacillen in sämtlichen vom Menschen und den Tieren stammenden Präparaten gleich selten waren, so folgern die Verfasser, dafs auch der Lupus, wie sämtliche anderen örtlichen Tuberkulosen, eine verschiedengradige Virulenz besitzt. *Türkheim-Hamburg.*

Über Inokulationslupus, von Cramm. (*Beitr. zur klin. Chir.* Bd. X.) Vier Fälle von Inokulationslupus werden mitgeteilt. Die Möglichkeit des Eindringens der Tuberkelbacillen durch die Ausführungsgänge der Talg- und Schweifsdrüsen anzunehmen, ist für die Erklärung der Entstehung des Lupus naheliegend, gleich der furunkulösen Infektion. Bei Eindringen durch eine Wunde würde eher ein tuberkulöses Ulcus erzeugt werden. Jedoch mag auch verschiedene Virulenz der Bacillen mitsprechen. (Vielleicht auch verschiedene Empfänglichkeit des Individuums. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dubreuilh giebt die Krankengeschichte über einen Fall von **Epitheliom der Oberlippe nach Lupus** bei einem 43jährigen Patienten. Die sehr harte, genau umschriebene Neubildung hatte am Rande der lupösen Partie ihren Ursprung genommen und die nicht narbigen veränderten Stellen besetzt. (*Arch. clin. de Bordeaux.* 1893. No. 12.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Der Lupus und seine Behandlung, von M. Ceci. (*Il Morgagni.* 1894. No. 1.) Eine Reihe von Lupusfällen verschiedener Form wurden nach folgenden Methoden behandelt:

1. In 3 Fällen einfache Abrasion: 2 Besserungen, 1 Heilung.
2. In 4 Fällen Abrasion mit nachfolgender Kauterisation mit Argentum nitricum: 3 Besserungen, 1 Heilung.
3. In 7 Fällen Abrasion und Applikation des Cauterium actuale: 4 Heilungen, 3 Besserungen.
4. In 5 Fällen Cauterium actuale und nachfolgende Kauterisation mit Argentum nitricum: 3 Besserungen, 2 Heilungen.
5. In 3 Fällen Kochsche Lymphe: 1 Heilung, 2 Besserungen.
6. In 2 Fällen Cauterium potentiale und Chrysarobin: Besserung.
7. In 2 Fällen Abrasion und Aufpinselung von Chrysarobin: 1 vollständige und 1 beinahe vollständige Heilung. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

c) *Syphilis.*

Hjelmann-Helsingfors berichtet über sieben Fälle spezifischer **Gelenkaffektionen im Verlaufe von tertiärer Syphilis**, neben welchen gleichzeitig andere luetische Manifestationen bestanden. Sechsmal war das Knie-, einmal das Ellenbogengelenk befallen. Bei einigen bestanden mäfsige Schmerzen, die sich meist nachts zeigten. Wahrscheinlich waren die Läsionen von den Epiphysen ausgegangen, die stets geschwollen und empfindlich waren; die Synovitis war sekundär. Jodtherapie brachte in allen Fällen bedeutende Besserung. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Atresie des Cervikalkanals infolge von syphilitischen Geschwüren, von M. W. Barnum. (*Med. Record.* 1892. No. 42.) Ein 23jähriges Dienstmädchen zeigte stark geschwollene, indolente Inguinaldrüsen, Papeln im Pharynx, Härte des Muttermundes; die Cervix verlängert, zugespitzt; die Muttermundslippen blafs, schmal, narbig; der Cervixkanal, nur 3 mm weit, für die dünnste Sonde zugängig; Uterus kugelrund, von der Gröfse eines im zweiten Monate schwangeren Uterus, prall elastisch. Es bestand also eine Atresie des Cervikalkanals mit Hämatometra. Durch spitze Sonde, Metrotom und Laminaria wurde der Kanal wieder hergestellt, dann eine Inunktionskur eingeleitet. Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Arteriitis syphilitica mit raschem, tödlichen Ausgang berichtet Laveran in der Société des Hôpitaux vom 1. März 1892. (*Sem. méd.* 1892. No. 34.) 34jähriger Patient, vor zehn Jahren inficiert, erkrankte unter Erscheinungen einer

rechtsseitigen Hemiplegie und Aphasie; nach fünf Tagen vollkommene Lähmung, nach zehn Tagen Tod im Koma. Die Sektion ergab Arteriitis der Arteria basilaris und Fossa Sylvii sinistra mit Thrombose der ersteren, mit den Charakteren syphilitischer Entzündung. Die Thrombose erklärt den schnellen Verlauf, die Erkrankung der Arteria fossae Sylvii die Aphasie und rechtsseitige Hemiplegie.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Histologische Untersuchungen über die luetischen Veränderungen der Hirnarterien, von R. Stanziale. (*Annali di Nevrologia.* 1893. No. 1—3.) Das Material zu diesen Untersuchungen lieferte ein 36jähriger Patient, welcher an den Folgen eines apoplektiformen Anfalles gestorben war. Aus dem histologischen Befunde geht hervor, dafs:

1. Die Gefäfsveränderungen in der Adventitia begonnen haben, in welcher sich ein Entzündungsprozefs nachweisen läfst mit langsamer, kleinzelliger Migration, welche besonders von den Vasa vasorum ausgeht; beträchtliche Gefäfsneubildung neben spärlicher bindegewebiger Hyperplasie;

2. Folgen die Veränderungen der Intima, in der sich ein gröfstenteils hyperplastischer Prozefs abspielt unter Bildung von Bindegewebe mit endothelialen Zellen und spärlicher Gefäfsneubildung. Im letzten, fibrösen, Stadium zieht sich dieses Bindegewebe zusammen, wobei es zu Zerrung und teilweiser Zerreifsung der Intima kommt. Als Ausgleich dieser Verluste beobachtet man stellenweise Neubildung von elastischem Gewebe.

3. Die im Beginne des Prozesses vorherrschende granulomatöse Hyperplasie der Adventitia bleibt mit lymphoidem Typus längere Zeit bestehen und geht erst spät Involutionsveränderungen ein. Die Hyperplasie der Intima von vorherrschend bindegewebigem Charakter entwickelt sich stärker und geht regelmäfsig die verschiedenen Phasen durch.

4. Riesenzellen von verschiedener Gröfse und Form beobachtet sowohl in der Intima, in der Adventitia und an verschiedenen Stellen, niemals aber in einem vorgeschrittenen Stadium.

5. Die Media erweist sich im Anfange als vollkommen normal, später aber wird sie mit in den Prozefs hineingezogen und verschwindet schliefslich ganz infolge Atrophie durch Kompression.

6. Auch die Elastica ist im Anfange unverändert und wird dann dicker und fester. Erst wenn der Prozefs alle seine Phasen durchgemacht hat und im fibrösen Stadium angelangt ist, wird sie atrophisch und kann verschwinden, wenn auch nicht in ihrer ganzen Ausdehnung.

7. Relativ häufig ist die Bildung miliarer Aneurysmen, an deren Bau sich sämtliche Gefäfswandungsschichten ununterbrochen beteiligen können.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die syphilitischen Geisteskrankheiten, von A. H. Newth. (*The Lancet.* 1892. Bd. 15. No. 10.) In einer Zusammenstellung der syphilitischen Gehirnkrankheiten und Psychosen hebt Verfasser als typisch hervor die unregelmäfsige Vereinigung und Aufeinanderfolge der Symptome. Therapeutisch empfiehlt er je eine Woche Quecksilber (Sublimatpillen oder Inunktionen), Natrium jodatum, Arsen in mehrmaligem Turnus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Hirnsyphilis, von Brousse. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 483.) Ein 22jähriges Mädchen, das seit ihrem 17. Jahre syphilitisch ist, wird nach voraufgehenden heftigen, rechtsseitigen Kopfschmerzen plötzlich auf der ganzen linken Seite gelähmt. Später erst gesellt sich Bewufstlosigkeit hinzu. Anfangs bewirkte die spezifische Behandlung entschiedene Besserung der Lähmung, bis eine hinzukommende

Lungenentzündung dem Leben ein Ende machte. Bei der Sektion fand sich im Anschluſs an eine Arteriitis der Arteria fossae Sylvii dextra ein groſser Erweichungsherd im rechten Centrum ovale, namentlich sind die beiden vorderen Drittel des Nucleus caudatus und lenticulatus, sowie der Capsula interna, also der motorische Teil des Centrum ovale befallen. In der Hirnrinde bestehen zwei kleinere Herde. Aufserdem fand sich absteigende Sklerose im Pyramidenbündel der Protuberanz und des Bulbus. Daneben, als nächste Todesursache, graue, tuberkulöse Hepatisation der ganzen rechten Lunge.

Das Auftreten von Hirnsyphilis in einem so jugendlichen Alter ist durch eine neuropathische Veranlagung zu erklären. *Türkheim-Hamburg.*

Meningo-Encephalitis syphilitica bei einem Kinde von fünf Jahren, von A. Moussous. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 489.) Das Kind wurde mit einem Jahre syphilitisch und hat seitdem alle möglichen Krankheiten durchgemacht. Im fünften Lebensjahre wurde die Syphilis wieder sehr bemerkbar; es traten heftige Kopfschmerzen auf. Blindheit, tetanische Krämpfe und der Tod erfolgte im Coma. Bei der Sektion zeigt sich die Pia etwas verdickt und mit der Hirnrinde fest verwachsen. Das Kammerwasser ist nicht vermehrt. Die Hirnrinde ist kaum verändert; nur hin und wieder erscheinen die Gefäſse etwas stärker und mehr gewunden. Die übrigen Organe sind normal. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Kenntnis der cerebrospinalen Syphilis, von Friedel Pick. (*Zeitschr. f. Heilk.* 1893.) Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Syphilis des Rückenmarkes und seiner Häute liegen in gröſserer Zahl noch nicht vor; meistens handelt es sich um gummöse Infiltration der Meningen. Noch seltener sind Läsionen der Medulla oblongata, so daſs Rumpf in seiner zusammenfassenden Darstellung der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems überhaupt keinen Fall anführen konnte. Verfasser giebt deshalb einen eingehenden Bericht über fünf Fälle von Syphilis des Rückenmarkes; wir finden die klinischen Daten, die anatomischen und histologischen Befunde ausführlich erörtert. Es ist unmöglich, im Rahmen eines Referates die erschöpfende Behandlung dieser Fälle wiederzugeben; sie seien hier nur kurz citiert:

1. 37jährige Frau, die jegliche Infektion leugnet, zeigt 1885 Kopfschmerzen, Erbrechen, Sensibilitätsstörungen und Schmerzen in der linken Gesichtshälfte; antiluetische Kur, geringe Besserung. 1888 Lähmung des Oculomotorius und Abducens, Anaesthesia dolorosa des N. trigeminus. ½ Jahr später Apoplexie; Ptosis, Protrusio bulbi sinistri, Pupillenungleichheit, Hemiplegia dextra, Parese des rechten Facialis. Tod nach drei Wochen. Sektion: Gummata in Dorsal- und oberen Halsmarke, im ventralen Teile der Oblongata, des Pons, des linken Pes pedunculi und Tractus opticus; Degeneration der linken Pyramidenbahn, Gefäſsanomalien etc.

2. 58jähriger Mann, anfangs 1889 inficiert; trotz Behandlung sechs Monate später Kopfschmerzen, Erschwerung der Sprache und des Gehörs, Kondylome, Parese des Facialis und Hypoglossus, Schwäche der rechten Extremitäten, Abnahme des Sehvermögens auf dem rechten Auge, Sensibilitätsherabsetzung im I. und II. Ast des Trigeminus. Nach Kalomelinjektionen und Jodkalium Besserung der nervösen Symptome, doch traten Iritis und Keratitis rechts auf. September 1891 plötzliche Lähmung der linken Kopfhälfte und des linken Armes, Exitus letalis. Sektion: Gefäſsveränderungen. Erweichungsherd im hinteren Schenkel der Capsula interna, die Dura bedeckt mit stecknadelkopfgroſsen, weiſsen Herden (Granulationsgewebe mit Riesenzellen!) etc.

3. 55 Jahre alter Mann, vor 15 Jahren inficiert, klagt über zeitweilige Kopfschmerzen im Hinterhaupt, Schwindel, Schwäche und Sensibilitätsstörungen der linken Körperhälfte. Abends plötzlich bei erhaltenem Bewuſstsein Aphasie, dann am folgenden

Tage Parese des rechten Facialis und der rechten Körperhälfte; Decubitus; Tod nach 17 Tagen. Sektion: Gefäfserkrankungen, ausgedehnte Erweichungsherde im Pons, Sekundärdegeneration der Pyramidenbahn, Verdickung und Infiltration der Pia im Lendenteil etc.

4. Bei einem 23jährigen, an Tracheostenose zu Grunde gegangenen Mann findet man neben Geschwüren und Narben der Luftwege derbe Herde im linken Hinterhauptslappen und Kleinhirn.

5. Ein 14 Monate altes, kongenital syphilitisches Kind zeigt umfangreiche Gummen an der Spitze beider Stirnlappen.

Die weiteren Ausführungen, die sehr viel Interessantes enthalten und durch mikroskopische Bilder illustriert sind, sind im Originale nachzulesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Medullarsyphilis, besonders vom klinischen Standpunkt, von Pierre Marie. (*Sem. méd.* 1893. No. 5.) Die Bilder der Rückenmarkssyphilis sind sehr verschieden, die akuten Formen sind nicht sehr selten und treten oft früh auf. Sie setzen nach Prodromen (Parästhesien, Gürtelgefühl, Rachialgie etc.) oft apoplektiform ein, die Sehnenreflexe sind fast stets gesteigert, Parese der Beine, Blasen- und Mastdarmstörungen, trophische Anomalien sind oft vorhanden. Vielleicht gehören auch die Analgesie syphilitique secondaire (Fournier), die mennigealen Reizerscheinungen im sekundären Stadium (Lang), sowie die medulläre Syphilis unter dem Bilde der Landryschen Paralyse hierher. Die chronischen Fälle zeigen ähnliche Bilder oder treten unter dem Bilde der Brown-Séquardschen Läsion auf oder, was sehr selten, gestalten sich ähnlich wie die Poliomyelitis anterior. Am häufigsten ist die syphilitische Spinalparalyse Erbs, die Marie häufig beobachtet hat. Im Gegensatze zu Erb hat Marie aber nach spezifischer Therapie keine sehr guten Erfolge gesehen, meistens konnte nur ein Stationärbleiben erzielt werden; nicht selten schritt die Krankheit doch fort. Die anatomischen Läsionen können sein: 1. primäre Folgen des luetischen Virus, Propagation von einer Meningealerkrankung oder Alteration der Blutgefäfse; 2. sekundäre Läsionen: absteigende Degeneration im Pyramidenstrange, aufsteigende im Hinterstrange, ausgehend von Meningealaffektionen oder Erkrankung der Spinalganglien.

Am häufigsten ist das Auftreten in den ersten vier Jahren nach der Infektion.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Rückenmarkssyphilis, von S. Goldflam-Warschau. (*Wiener Klinik.* Februar-März 1893.) Verfasser will in der vorliegenden Arbeit die vielfach noch angezweifelte Beziehung der Tabes zur Syphilis nicht besprechen und sich hauptsächlich mit denjenigen Erkrankungen des Rückenmarks und seiner Häute beschäftigen, deren syphilitischer Ursprung keinem Zweifel unterliegt. Im Gegensatz zur herrschenden Anschauung vertritt Verfasser die Ansicht, dafs die syphilitischen Rückenmarkserkrankungen dermafsen häufig vorkommen, dafs man in jedem Falle von Rückenmarksleiden, sowohl akutem als chronischem, diffusem oder systematischem, die Möglichkeit einer solchen Atiologie berücksichtigen mufs. Es ist von grofser praktischer Bedeutung, die Formen kennen zu lernen, in denen die Rückenmarkssyphilis vorwiegend zum Vorschein kommt. Von einer frühzeitigen, richtig gestellten Diagnose hängt sehr häufig die Prognose ab.

Verfasser beschreibt im folgenden die verschiedenen Formen der Rückenmarkssyphilis und illustriert dieselben durch Krankengeschichten aus seiner klinischen Praxis. Überall begleitet Verfasser seine interessanten Ausführungen mit Bemerkungen über diesbezügliche Litteratur. *C. Berliner-Aachen.*

Über Syphilis und Rückenmark spricht Gerhardt in der Berliner Medizinischen Gesellschaft, Sitzung 15. November 1893. Die Kenntnisse über die Beziehungen der

Lues zu dem Zentralnervensystem sind verhältnismäfsig jungen Datums. Grundlegend sind die Arbeiten Virchows über die Natur der konstitutionellen Syphilis, welche die gummösen Affektionen als Folge derselben klarlegen. 1857 hat Leyden zuerst alles Wissenswerte zusamengefafst. Später haben Rumpf, Oppenheim, Rinecker die Kenntnisse erweitert; in letzter Zeit ist die Litteratur darüber sehr angewachsen. Dennoch sind manche Fragen ungelöst, da die Diagnose der luetischen Natur bei nervösen Zentralerkrankungen sehr schwierig ist. In den letzten acht Jahren hat Gerhardt 39 sicher als luetisch anzusehende Fälle von Gehirnsyphilis und fünf zweifelhafte gesehen. Bei der Bestimmung des Prozentsatzes hält man sich am besten zwischen beiden Extremen. Jürgens erklärt die Hirnsyphilis für ebenso häufig wie die Hautsyphilis. Das Rückenmark kann von den Wirbelknochen, von der Schädelgrube, selten vom Rachen aus ergriffen werden. Traumen können luetische Wirbelerkrankungen auslösen.

Die Nervensubstanz ist selten der Sitz der Erkrankung, meist geht dieselbe von Häuten und Gefäfsen aus. Die Dura ist schon kraft ihrer räumlichen Entwickelung prädisponiert. Die Gefäfserkrankungen bewirken Erweiterungen und Blutungen, welche apoplektiforme Zustände und Lähmungen auslösen. Oppenheim betont die Schmerzen, das gürtelförmige Ausstrahlen derselben, die Anästhesien und Paraplegien bei meningiten Prozessen luetischer Natur. Man findet welchselndes Verhalten der Sehnenreflexe, Analgesien, halbseitige Lähmungen, die die Erkrankung einer Hälfte des Rückenmarks anzeigen. Meist treten Gummata solitär auf, erreichen die Gröfse einer Haselnufs, sitzen an einer Seite, besonders in der hinteren Hälfte und nach den Seitensträngen zu. Man findet ein unvollständiges Bild der Halbseitenlähmung. Jede allmählich fortschreitende Lähmung unbekannten Ursprungs wird man thunlich als eine luetische ansehen. Der zeitliche Zwischenraum zwischen Primäraffekt und Rückenmarksleiden kann drei Monate bis 20 Jahre betragen. Bei cerebrospinaler Meningitis treten Hirnerscheinungen meist vor den Paraplegien auf. Die Kombination von Paraplegie und Hemiplegie hat man Triplegie genannt; hier bleibt oft nur ein Arm frei. Dieses kommt besonders bei jüngeren Individuen vor. Die Lähmungen treten nach einander auf. Das Gefäfssystem spielt bei seiner Kleinheit bei diesen Erkrankungen keine grofse Rolle. Eine Anzahl direkter Arterienerkrankungen sind nachgewiesen. Plötzliche Paraplegien gehören hierher. Muskelatrophie, auch Paralyse, multiple Wurzelerkrankung, Erkrankungen der Hinterstränge, die Erbsche spezifische spinale Lähmung zählen zu den luetischen Rückenmarksleiden. Von den vor Erweichung in Behandlung gelangenden Fällen kommt ein Drittel zur Heilung, wenn man konsequent fortfährt. Anfangs sind die Ergebnisse oft nicht ermutigend. Zu der Frage Tabes-Lues führt Gerhardt aus, dafs fast die Hälfte seiner Tabiker sicher luetisch war. Einen anderen Beweis als durch Zahlen kann man nicht beibringen. Die antiluetische Kur brachte ihm sechs Besserungen; einmal kehrten Licht- und Sehnenreflexe wieder. Von anderer Seite sind schon anhaltende Heilungen berichtet. In der besseren Praxis sind die Erfolge günstiger. Je kürzere Zeit seit der Primäraffektion verflossen, je besser der Ernährungszustand, um so mehr ist die spezifische Kur berechtigt. Atypische Fälle, namentlich schubweise auftretende halbseitige Lähmungen verlaufen besser. Im allgemeinen ist es ratsam, dafs Gesellschaft und Ärzte ihr Interesse mehr der Syphilis zuwenden und die Syphilitiker humaner behandeln.

In der Diskussion berichtet A. Fränkel über einen Fall spezifischer Meningitis spinalis. 69jähriger Mann, Paraplegie, Anästhesie von der dritten Rippe abwärts, Steigerung der Patellarreflexe und des Fufsclonus, Lähmung von Blase und Mastdarm, Decubitus, Exitus letalis. Sektionsergebnis: Starke Verdickung der Rückenmarkshäute. Tabes mit manifesten Erscheinungen von Lues ist selten; Fränkel sah nur sechs Fälle.

Einmal bestand Destruktion der Nasenflügel, Caries der Nasenknochen, einseitige Stimmbandlähmung, doppelseitige Neuritis der unteren Extremitäten. Zu den luetischen Gefäßerkrankungen ist das Aneurysma verum zu zählen. Bei Tabes fand er in 50,7% Lues; auf die Männer fällt 63% der Gesamtzahl.

Mendel fand in einem Falle von Spinalmeningitis Lues. Ein hereditär luetischer Patient erkrankte sechs Jahre alt und hat das Leiden schon 25 Jahre. Als Mendel vor 20 Jahren auf den Zusammenhang von Lues und Rückenmark hinwies, stieß er auf lebhaften Widerstand. Er fand bei Tabes in 70% der Fälle Lues. Die Anamnese bei Frauen erschwert die Statistik.

Senator berichtet einen Fall von Triplegie. In seiner Poliklinik fand man in 75% der Fälle von Tabes Syphilis. Diese giebt nur die Disposition zur Tabes, ähnlich wie es beim Amyloid ist.

Gutmann sah bei der Sehnervenatrophie der Tabiker nach Hg oft langdauernde Stillstände; einmal hob sich die Sehschärfe von $^1/_{18}$ auf $^1/_9$.

Lewin weist darauf hin, daß Sklerosen keine Narben, höchstens Pigmentanhäufungen zurücklassen; ebensowenig Kondylome. Exantheme und Halsaffektionen sind oft schwer von vulgären Leiden zu unterscheiden. Hoden, Balgdrüsen der Zunge atrophieren nicht selten. Konsequente Kuren haben Erfolg; einen Stillstand des Prozesses sah er oft, jedoch niemals eine Wiederkehr der Sehnenreflexe.

Virchow findet es auffallend, daß bei nervösen Erkrankungen niemals viscerale Lues zu finden ist; andererseits findet man bei schweren spezifischen Erkrankungen der Eingeweide das Rückenmark frei. Diese Gründe genügen, um sich vorläufig ablehnend zu verhalten.

Gerhardt betont, daß Statistik und klinische Beobachtung gegenüber den anatomischen Untersuchungen zu würdigen sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Paralysis spinalis syphilitica (Erb) und verwandte Krankheitsformen, von Dr. Kuh. (*D. Zeitsch. f. Nervenh.* III. 359.) Die von Erb abgeschiedene syphilitische Spinallähmung charakterisiert sich durch: spastische Lähmung der unteren Extremitäten, hochgradig gesteigerte Sehnenreflexe, geringe Muskelspannungen, Störungen der Harnentleerung, geringe Störungen der Sensibilität. — Der Verfasser, Assistent von Erb, veröffentlicht 60 derartige Fälle. Das Leiden tritt in den ersten Jahren nach der Infektion auf, ungünstige Witterung, allenfalls Trauma und Überanstrengung spielen dabei eine Rolle. Es beginnt schleichend, oft nach vorausgehenden cerebralen Symptomen, mit Schwäche und Steifigkeit der Beine, Formikationen in denselben; Schmerzen sind selten und nicht stark, sie sitzen in der Wirbelsäule und Kreuzbeingegend. Manchmal beginnt die Krankheit einseitig. Störungen der Harnentleerung und der Potenz gehören zu den Frühsymptomen. Auf der Höhe der Erkrankung ist spastische Lähmung, selbst vollkommene Paralyse der unteren Extremitäten das Hauptsymptom; in einem gewissen Gegensatz stehen die geringen Muskelspannungen. Sehnenreflexe sind gesteigert, Fußclonus vorhanden, Hautreflexe eher herabgesetzt. Objektive Sensibilitätsstörungen sind selten und beziehen sich meist auf isolierte Herabsetzung einer Empfindungsqualität; häufig sind da Temperatursinnstörungen. Parästhesien sind gewöhnlich vorhanden. Beschränkung des Leidens auf die untere Körperhälfte ist die Regel. Residuen von Lues sind oft zu finden. — Ataxie, Beteiligung der oberen Extremitäten, Gehirn- und Gehirnnervenerkrankungen sind als Komplikationen zu nennen. — Der Verlauf ist ein chronisch-progressiver; Remissionen, selbst Ausheilung kommen vor, Recidive folgen aber gewöhnlich.

Differentialdiagnose: Von Tabes unterscheiden sich die mit Ataxie und Hirnerscheinungen komplizierten Fälle durch frühzeitiges Auftreten nach der Infektion, die Sehnenreflexe, die Ataxie bei spastischem Gang. Die sogenannte Forme fruste

der multiplen Sklerose ist durch das Mifsverhältnis zwischen Muskelspannung und spastischem Gang abzugrenzen. Kompressionsmyelitis zeigt Reizerscheinungen, Veränderungen der Wirbelsäule. Syringomyelie geht mit trophischen Störungen, die nicht luetische spastische Spinalparalyse niemals mit Blasen- und Mastdarmstörungen, Schmerzen, Hirnerscheinungen einher. Für Hämatomyelie fallen Anamnese, Herzfehler, rasche Progression, komplete Paralyse und Atrophie ins Gewicht. Am schwersten ist die Trennung von der nicht syphilitischen Myelitis. Die Prognose ist besser als bei der nicht luetischen Myelitis, die Therapie erfordert eine energische antiluetische Behandlung. Anatomisch findet man Erkrankung der hinteren Teile der Seitenstränge und Übergreifen des Prozesses auf die Hinterhörner und Hinterstränge des Dorsalmarks.

Die Lokalisation im Lendenmark bedingt eine analoge Erkrankung mit kurzen Prodromen, schlaffen, nicht kompleten, beiderseits nicht gleich starken Lähmungen, herabgesetzter oder erloschener Sensibilität, Blasen- und Mastdarmstörungen, denselben Sensibilitätsstörungen wie bei der spastischen Form. Häufig ist hier Kombination mit Tabes; die Prognose ist ungünstiger. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In der Diskusion über den Vortrag Leydens im Verein für innere Medizin zu Berlin, Sitzung vom 29. Juni 1893 über **Polyneuritis mercurialis** führt G. Lewin aus, dafs er noch nie nach Hg einen solchen schädlichen Einfluſs auf das Nervensystem gesehen habe. Eine einmal gesehene vorübergehende Lähmung des Ischiadicus war wahrscheinlich durch abnormen Verlauf desselben bedingt. Auch die Beobachtung über gewerblichen Merkurialismus, wie sie besonders von Kussmaul beobachtet sind, haben niemals Polyneuritis ergeben; Erethismus und Tremor seien stets die Folgen des Merkurialismus. Das Quecksilber sei aus den vielen Kämpfen stets als Siegerin hervorgegangen. Bezüglich des Konnexes von Lues und Tabes neige er der Ansicht Leydens zu, vorsichtig mit dem Hg umzugehen. Der Beweis, dafs Tabiker syphilitisch gewesen seien, sei nicht immer zuläſsig. Narben an den Geschlechtsteilen werden stets als Zeichen von Lues registriert; die Sklerosen hinterlieſsen aber nur ausnahmsweise Narben.

Remak hat nie Neuritis bei Quecksilbervergiftungen gefunden, die er bei Spiegelarbeitern und in Glühlampenindustrie beobachtet. Tremor, veränderte Gemütsstimmung, schlechtes Gehen durch Zittern der Beine bei normalem oder gesteigerten Kniephänomen seien stets die Zeichen der Quecksilberintoxikation. Die Franzosen bezeichnen den Tremor als hysterischen; dem sei insoweit zuzustimmen, als eine Beteiligung der Psyche dabei mitspielt. Die Anästhesien können toxische oder auch hysterische sein. Können nicht andere Ursachen in diesem Falle mitspielen? Etwa eine übersehene Diphtherie?

Bernhardt hat auch nicht Neuritis nach Hg gesehen. Muskelschwäche, Tremor und „hysterische" Symptome sind die vorherrschenden. Auch im Leydenschen Falle sind die Sensibilitätsstörungen sehr eigentümlich; es bestand Unempfindlichkeit von den Ellenbogen bis zu den Fingerspitzen, von den Knien bis zu den Zehen, während die Fufssohlen frei waren, was doch nicht gerade für periphere Neuritis spreche. Nach Lues ist periphere Neuritis ja beobachtet, einmal sogar halbseitig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilitische Hemiparaplegie, von S. S. Armstrong. (*Med. Record.* 1892. No. 42.) Verfasser berichtet über einen 41jährigen Luetiker, der eine Paralyse des rechten Beines mit fehlendem rechtsseitigen Sehnenreflex bekam, während das linke Bein nur Sensibilitätsstörungen zeigte. Daneben bestanden Schmerzen und Incontinentia urinae. Auf Jodkalium ging alles zurück. Einige Monate später stellten sich dann die Erscheinungen einer Hinterstrangsklerose ein.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Syphilis und allgemeine Paralyse, von FOURNIER. (*Le Bull. méd.* 26. April und 3. Mai 1893.) Der berühmte Syphilidologe stellt alle Gründe zusammen, die für einen Zusammenhang der allgemeinen Paralyse mit der Syphilis sprechen. Früher, als man die Anamnese wenig beachtete, erhielt man nur 10%, jetzt dagegen 80%. Die Schwierigkeit, bei diesen Geisteskranken die Anamnese zu erheben, ist natürlich eine sehr grofse; deshalb kann der Syphilidologe weit eher die Frage entscheiden, da er oft genug erfährt, dafs von ihm wegen Syphilis behandelte Menschen der Irrenanstalt nach Jahren übergeben werden. Eine Reihe anderer Momente spricht für den ätiologischen Zusammenhang. Die Paralyse kommt seltener bei Frauen vor (1:7 Männern), ebenso die Syphilis. F. behandelte 15000 Männer und nur 1400 Frauen. Nur die Zahlen der Privatpraxis sind überhaupt für die Frage verwertbar. Paralytische Frauen gehören gewöhnlich den unteren Volksschichten an, in denen auch die Syphilis der Frauen häufiger ist. Die Paralyse ist selten bei der Landbevölkerung, bei Mönchen, kurz bei allen, die wenig von Syphilis heimgesucht sind. Die Syphilis nimmt die erste Stelle unter den Ursachen der Paralyse ein, demnächst erst kommen Überarbeitung, hereditäre Belastung, Alkoholismus, Traumen etc. Bei anderen Geisteskranken spielt die Syphilis keine Rolle, sie ist in 10% nachgewiesen, also in einem Verhältnis, in dem sie auch bei Geistesgesunden vorkommt. Anatomisch wurde häufig bei Paralytikern auch gummöse Lues gefunden. Oft schliefst sich die Paralyse an eine Tabes, die aber in $^9/_{10}$ der Fälle auf Syphilis beruht. Von 14 Fällen von RÉGIS, die junge Menschen von 13—19 Jahren mit Paralyse betreffen, wurde bei acht Syphilis sicher nachgewiesen. Die Einwürfe sind: Die Machtlosigkeit der syphilitischen Therapie. Dagegen wendet F., ohne auf die anderen Momente einzugehen, nur ein, dafs es ein Irrtum ist anzunehmen, alle syphilitischen Prozesse heilen auf antiluetische Behandlung. Die Pigmentveränderungen, die tertiären Erytheme, die Tabes, die interstitiellen Sklerosierungsprozesse, die Stenosen bleiben unbeeinflufst. Der zweite Einwurf weist auf die verschiedenen anatomischen Veränderungen bei der Syphilis und der Paralyse hin; erstere macht Herd-, letztere Systemerkrankungen. Jedoch kommt es auch bei der Syphilis zuerst zu Gefäfsveränderungen, dann zur interstitiellen Bindegewebswucherungen, endlich zur Sklerose der Rindennervenfasern. Vor allem aber ist die Syphilis eine ätiologische, keine pathologische Einheit; sie setzt eben bei der Paralyse andere Veränderungen, als gewöhnlich. Wenn man drittens behauptet, die Paralyse mache andere Symptome, als die Syphilis, so bedenke man dafs die syphilitische allgemeine Pseudoparalyse gerade ihren Namen von der Dementia paralytica hat. Wenn man ferner behauptet, die Häufigkeit der Syphilis in der Anamnese der Paralytiker erklärt sich dadurch, dafs bei Syphilitikern Ausschweifungen in Baccho et Venere, zügelloses Leben eine grofse Rolle spielen, so weist F. darauf hin, dafs die Syphilitiker moralisch nicht schlechtere Menschen seien und nur ein schlechtes Los in einer Lotterie ziehen, zu der jedermann Billets nimmt. Aufserdem spielt die Syphilis in der Anamnese der Paralytiker eine gröfsere Rolle, als Alkoholismus und Excesse. Wenn man endlich sage, die Syphilis dünge nur das Feld, auf dem die Paralyse als unabhängige Krankheit entstehe, so ist dem entgegenzuhalten, dafs die Syphilis eben nur bei der Paralyse und nicht bei allen Geisteskrankheiten diese Rolle spielt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Epilepsie, Syphilis und Tabes von PAUL BLOCQ. (*Internat. klin. Rundsch.* 1893. No. 41.) Die jetzt 35jährige, hereditär belastete Patientin war seit dem 14. Lebensjahre epileptisch; die Epilepsie hatte acht Jahre pausiert, um dann wiederzukehren. Seit langer Zeit leidet die Kranke an „Syndromes épisodiques", an Gewissensqualen aller Art. Vor 15 Jahren inficiert, wurde sie vor zwei Jahren wegen Cephalalgie und Diplopie einer sechs Monate langen antiluetischen Kur unterzogen. Unmittelbar

nach derselben traten die Erscheinungen der Tabes auf, Ataxie, blitzartige Schmerzen, Fehlen des Muskelsinnes, Rombergsches Zeichen etc. Diese machten schnelle Fortschritte. Interesse erregt die Kombination der Epilepsie mit Gehirnsyphilis und Tabes, wie vor allem die Unwirksamkeit der spezifischen Behandlung bei letzterer, da diese ja gewissermafsen im Prodromalstadium der Tabes energisch durchgeführt worden war. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ferreira berichtet (*Progrès méd.* 1893. No. 42) über einen bei einem ein Monat alten Mädchen beobachteten Fall von **Pseudo-Paralysis syphilitica**, von der alle vier Extremitäten befallen wurden und welche nach Anwendung von Specifica (Einreibungen grauer Salbe und Sublimat innerlich) rasch zur Heilung gelangten.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von später, hereditärer Syphilis mit nasopharyngealen Affektionen, von J. F. Klinedinst. (*New York med. Journ.* 1893. Bd. 56. No. 23.) Ein 17jähriger Sohn eines luetischen Vaters zeigt Trübung der Cornea, besonders im unteren Drittel, Adhäsionen der Iris an der vorderen Linsenkapsel, Reste einer früheren Iritis, sehr herabgesetzte Sehschärfe. Im Pharynx findet man die hintere Portion des harten Gaumens, den weichen Gaumen, die Uvula und einen Teil der Gaumenbögen durch ein dreieckiges Ulcus zerstört, dessen Ränder rot, geschwollen, granuliert, mit schleimigem Eiter bedeckt waren, und die linke Hälfte des Pharynxeinganges umschlossen. Vom Nasenrachenraum bis zum Larynx hingen Geschwülste herab, die auf Jodkalium klein wurden, während gleichzeitig das Geschwür heilte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Symptomatologie der hereditären Syphilis, von R. C. Longfellow-Cincinnati. (*The Cinc. Lancet-Clinic.* 1893. Bd. XXX. No. 13.) Der Verlauf der hereditären Syphilis ist doch ein ganz eigenartiger: Sie hat keine verschiedenen Stadien, keine Initialsymptome, sie kann auch einfach unter dem Gewande adynamischer Erkrankungen auftreten. Die Läsionen bei Lues hereditaria sind mehr hyperämischer, aktiver Natur, involvieren gröfsere Flächen; die Frühaffektionen sind weiter ausgebreitet und symmetrischer. Die Krankheit kann sich im Uterus abspielen und zum Tode der Frucht führen, sie kann an der lebend geborenen Frucht Aeufserungen zeigen oder erst später innerhalb drei Monate ausbrechen; bei Auftreten der Syphilis fünf Monate post partum ist die Heredität schon sehr fraglich. Fissuren an der Lippe, besonders an der Oberlippe und symmetrisch vom Mundwinkel ausstrahlende Runzeln, bräunliche Verfärbung der Haut oberhalb der Augenbrauen, rauchgrauer Teint der prominierenden Hautpartien des Gesichtes, hellere Farbe des Canthus und der Unterlippe sind charakteristisch. Coryza kann zur Caries führen, Aphonie ist häufig, Plaques muqueuses der Schleimhäute treten gleichzeitig auf. Das Epithel der Palma und Planta nimmt ein glänzendes Aussehen an, polymorphe Ausschläge treten auf, häufiger auf gewisse Körperteile beschränkt. Die Eruptionen entwickeln sich schneller, sind weniger fest und solide als bei Erwachsenen, sind erythematöser, papulärer, vesikulärer, pustulöser, bullöser und tuberkulöser Natur; oft findet man Furunkel, die aber erst im dritten Jahre auftreten. Im folgenden beschreibt Verfasser eingehend die verschiedenen Hautausschläge, wie die Affektionen an den Zähnen, Knochen etc. in recht anregender Weise, ohne besonders neues zu bieten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In welchem Stadium der Syphilis soll mit der allgemeinen Behandlung begonnen werden? von Dozent Dr. A. Havas. (Autorreferat.) Verfasser bekennt sich als Anhänger der dualistischen Lehre, hält die Syphilis für ein heilbares Leiden, zu deren Bekämpfung er im mukösen Stadium die Quecksilbersalze und bei den Spätformen die Jodsalze für spezifisch hält.

H. ist nach seiner Erfahrung kein Anhänger der Abortivbehandlung, da in den meisten Fällen trotz der frühzeitig vorgenommenen Primärsklerose-Excisionen das Auftreten der konsekutiven syphilitischen Erscheinungen nicht zu verhindern war, und in jenen Fällen, wo scheinbarer Erfolg vorliegt, die Diagnose keine positiv erhärtete genannt werden kann.

Von den 14 Fällen, bei denen H. die Excision der Initialsklerose vorgenommen, sind zwei Fälle besonders erwähnenswert:

1. Ein junger Advokat holte sich bei einem zwölf Stunden vorher ausgeübten Coitus eine kleine Exkoriation des Präputialrandes. Patient hatte vier Wochen vor dem letzten verdächtigen Coitus keine Kohabitation gepflegt. Um nun die möglichste Sicherheit zu haben, wurde ihm die Excision der leicht exkoriierten Stelle vorgeschlagen, worauf Patient um so eher einging, als er ohnehin ein enges Präputium hatte. Es wurde nun die Excision im grofsen Umfange ausgeführt, die Wundränder durch Nähte vereint. Die Schnittwunde heilte per primam. Der furchtsame Patient präsentierte sich jeden dritten Tag. Gegen Ende der dritten Woche Hyperplasie der Leistendrüsen, ohne die geringste Spur einer Sklerosierung an der Operationsstelle. Elf Wochen nach der Operation Acne syphilitica capillitii, Roseola am Stamme, später Plaques an den Tonsillen und Lippen.

2. Bei einem jungen Ökonomen wurde zwei Tage nach verdächtigem Coitus die exkoriierte Stelle vom Präputium excidiert im Durchmesser von einem Centimeter. Drei Wochen später verhärtete sich der Wundrand, in der zehnten Woche makulopapulöses Exanthem.

In den übrigen zwölf Fällen wurde die Excision bei vorgeschrittenen Fällen 12—30 Tage nach verdächtigem Coitus ausgeführt, aber stets mit negativem Erfolge. Nach Havas hat die abortive Behandlung der Syphilis im Widerspruche mit Jullien, Ehlers, Rosenthal und Oedmansson absolut keinen Wert, sie dient nur zur Bekräftigung dessen, wie rapid das syphilitische Gift in den Organismus eindringt, und in Übereinstimmung mit Elsenberg vom kurativen Standpunkte gar nicht in Betracht zu ziehen ist. All diese negativen Resultate bekräftigen den Erfahrungssatz, dafs das Ulcus syphiliticum primarium die erste manifeste Erscheinung der konstitutionellen Syphilis ist.

Da das syphilitische Geschwür die erste Manifestation der allgemeinen Lues ist, die übrigen Erscheinungen der Lues erst nach Wochen auftreten, ist wohl mit vollem Rechte die Frage aufgeworfen, ob es nicht von Vorteil wäre, gleich beim Ulcus specificum unseren Arzeneischatz in Anwendung zu bringen, um so das Auftreten der späteren Erscheinungen zu verhindern. Vom theoretischen Standpunkte ist das sofortige Eingreifen gerechtfertigt, doch die Erfahrung lehrt anders. Selbst die eifrigsten Anhänger der Präventivbehandlungsmethode stimmen darin überein, dafs sie weder das Auftreten der sekundären Erscheinungen, noch die sogenannten Recidive zu verhindern im stande sind, und dafs die Behandlung der Syphilis jahrelang fortgesetzt werden mufs. Wenn also nach der präventiven Behandlungsweise weder das Erscheinen der sekundären Symptome zu verhindern ist, noch das Auftreten der vorgenannten Recidive hintanzuhalten ist, so hat auch diese Behandlungsmethode ihre Existenzberechtigung verloren, sie ist zu verwerfen, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Selbst die Anhänger der frühen Behandlungsmethode erkennen an, dafs das Auftreten der sekundären Erscheinungen nicht zu verhindern ist, sondern ihr Auftreten im besten Falle hinausgeschoben wird, ein Umstand, der weder im Interesse des Patienten, noch des Arztes ist.

2. Durch längere Zeit hindurch merkurialisierte Individuen sind nicht weniger

empfänglich für Syphilis als andere, wie dies Diday auf dem Berliner Kongreſs mit drei Krankengeschichten bewies.

3. Ist die Diagnose der syphilitischen Sklerose nicht immer leicht. Die Sklerose kann fehlen oder, wenn sie auch vorhanden, nicht unzweideutig sein. Denn wie Fournier sehr geistreich bemerkt: Der Schanker ist nicht deshalb syphilitisch, weil er hart ist, sondern er ist hart, weil er syphilitisch ist. Der Bubo, die Adenopathie kann fehlen. Nun ist der Arzt nicht berechtigt, auf solch unsicherer Basis Jemandem eine Krankheit zu imputieren, von der wir Ärzte am besten wissen, wie tiefgreifend sie vom gesundheitlichen und sozialen Standpunkte ist. Ja noch mehr, Leloir und Dubois-Havenith, Lancreaux und Barthélemy haben auf dem Pariser Kongreſs über charakteristische Sklerosen berichtet, bei deren Trägern trotz langer Beobachtung keine konsekutiven Erscheinungen zu beobachten waren.

4. Lehrt die tägliche Erfahrung, daſs bei frühzeitig behandelten Syphilitikern sowohl die sekundären als die später auftretenden Erscheinungen nicht milder sind, als bei unbehandelten, ja sogar nach Köbner, Leloir, Kaposi und meiner eigenen Erfahrung schwerer sind, als bei denjenigen, wo die allgemeine Behandlung mit Auftreten der sekundären Erscheinungen beginnt.

5. Ist es allbekannt, welch schwere Konsequenzen die Merkurialbehandlung bei gewissen konstitutionellen Erkrankungen, Tuberkulosis, Diabetes, nach sich zieht. Die Erfahrungen von Jullien, Watrascewsky, Köbner, Leloir warnen vor zu langer Merkurialisierung des Organismus, sie beobachteten in solchen Fällen Nervosität, Magenerweiterung, Nierenkrankheiten etc.

6. Wenn man noch zu all diesen jene Fälle, die nicht gering anzuschlagen sind, hinzufügt, wo schablonenmäſsig oder aus überflüssiger Vorsicht, ohne Kritik, Merkur verordnet wird, sobald der Patient mit irgend einer Läsion am Penis sich präsentiert, so glaubt Havas, nach reichlicher Erfahrung die antisyphilitische Behandlung nur dann zu beginnen, wenn die sekundären Erscheinungen bereits aufgetreten sind.

Von dieser Behandlungsart weicht er nur dann ab, wenn der Schanker keinen Heilungstrieb, der Zerfall der Infiltrationsstelle ein groſser ist.

Die idealste Behandlungsmethode wäre unbedingt jene, welche Besnier auf theoretischer Basis aufstellte, daſs nämlich der menschliche Organismus mit jener Flüssigkeit, resp. Lymphe gesättigt werde, welche die Tiere gegen Syphilis immunisiert. Die diesbezüglichen Mitteilungen Tommasolis sind zwar ermutigend, aber noch lange nicht erhärtet.

Zur Syphilistherapie, von Dr. Vollert. (*Therap. Monatsh.* 1893. Heft 12.) Verfasser mahnt zur Vorsicht bei der Anwendung von Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate, namentlich des Oleum cinereum in Anbetracht einer Anzahl unglücklich verlaufener Fälle. Von ganz besonderem Interesse ist ein tödlich verlaufener Fall, bei dem die Sektion sieben Eiterherde in den Glutäen und dem Tensor fasciae latae, den Injektionsstellen entsprechend, ergab. Es fanden sich darin Quecksilberkügelchen, jedoch keine Bakterien; es bestand ferner deutliches Ödem in der äuſseren Scheide des Nervus ischiadicus, auſserdem hochgradige Nephritis mit Kalkablagerung in der Rinde, tiefgreifende Nekrose der Schleimhaut des Dickdarms und zum Teil des Ileums, atrophierender Katarrh des Magens und gangränöse Stomatitis.

L. Hoffmann-Berlin.

Eine neue Behandlungsweise der Syphilis, von T. Broes van Dort. (*Nederl. Tijdschrift voor Genesk.* 2de Deel. 1893.) Nach dem Vorbilde von Bonaduce (s. dessen Verfahren in *Monatsh. f. pr. Dermat.* Bd. XVII, No. 3) hat Verfasser bei einem Patienten mit Ulcus induratum (seit 18 Tagen datierend) subkutane Injektionen von syphi-

litischem Blutserum angewendet und zwar binnen 24 Tagen deren zehn. Nach 35 Tagen war das Ulcus genesen, und die Lymphdrüseninfiltration in der Leiste hatte abgenommen. Ein Jahr nachher hatten sich noch keine weiteren Zeichen von Syphilis gezeigt. (Verfasser hat früher schon bei Ratten und Meerschweinchen künstliche Immunität gegen verschiedene Infektionskrankheiten erzeugt.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Behandlung der konstitutionellen Syphilis, von A. Shaw-Mackenzie, London. (*Lancet.* 6. Mai 1893.) Verfasser empfiehlt warm die von Henry Lee kultivierte Behandlung mit Kalomelräucherungen. Patient sitzt in einem Kasten, nur der Kopf befindet sich aufserhalb desselben. Über einer Spiritusflamme werden in einem Porzellanbehälter Kalomel und Wasser verdampft, wobei sich das sublimierte Kalomel ($1^1/_2$—2 Drachmen) auf der Haut niederschlägt; darauf begiebt Patient sich zu Bett, in ein wollenes Tuch eingehüllt, das er eine Stunde umbehält. Die Methode soll sicher und zuverlässig sein, das Allgemeinbefinden nicht beeinträchtigen, selbst für Phthisiker anwendbar sein; die Kur dauert kurze Zeit, hat einen besonderen Wert bei Vorhandensein von wunden Hautstellen und Geschwüren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung der sekundären Syphilis, klinischer Vortrag von Fournier. (*Rev. gèner. de clin. et de thérap.* August 1893.) F. fafst dieselbe in folgenden Sätzen zusammen:

1. Bei der sekundären Syphilis ist sowohl eine allgemeine, als eine lokale Behandlung indiziert.

2. Die allgemeine Therapie ist die wichtigere, weil sie sich gegen die Infektion selbst richtet und oft allein genügt, die krankhaften Erscheinungen zur Abheilung zu bringen.

3. In gewissen Fällen erweist sich jedoch die interne Behandlung als ungenügend und mufs die lokale hinzutreten (Plaques muqueuses, Plantar- und Palmarläsionen, Rhagaden, Ulcerationen).

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Behandlung tertiärer Syphilis mit der Schmierkur, von Cambell Williams. (*The Lancet.* 1893. 3634.) Von der Übersättigung des Organismus mit Jodpräparaten ist man zurückgekommen, da sie oft die Krankheit nicht nur nicht beseitigt, sondern thatsächliche Störungen hervorruft, zu denen Verdauungsanomalien, Jodismus, selbst Gangrän gehören. Die Schmierkur wird zumal in England in frühzeitigen und letzten Stadien wenig angewendet wegen der Schwierigkeit der Durchführung etc., Verfasser sah aber von ihr als Assistent des verstorbenen Syphilidologen Berkley Hill sebst da, wo Jod versagte, glänzende Erfolge. Sie wurde folgendermafsen angewendet: Eine mit säurefreiem Lanolin und Ol. olivar. bereitete Merkurialsalbe wurde (30,0 in acht Tagen) nach einem Bade von 10—15 Minuten Dauer eingerieben. Der Zusatz von Ol. olivar. erleichtert das Eindringen der Salbe. Erytheme und Ekzeme waren selten, Follikulitiden häufig. Die Temperatur des Bades stieg von 32° auf 37° und darüber, bis Schweifs auf der Stirne sich zeigt. Auf Zahnfleisch, Körpergewicht mufs geachtet, eventuell die Dosis verringert werden; Anämie erfordert Eisenmittel. Auf 42 Bäder folgt eine 14tägige Pause, darauf wieder ca. 38 Bäder. Zum Mundspülen verwendet man

Alumin.	20,0
Plumb. acet.	10,0
Tinct. Menth. aether.	2,0
Aq. fervida.	700,0

Während der Badeperiode sei der Kranke warm bekleidet, bleibe abends im Zimmer, vermeide physische und psychische Anstrengung, mache sich viel Bewegung

und schlafe viel. Zum Reinigen der Zähne dient präcipitierter Kalk und Seife. Spirituosen, säuerliche Getränke, Kaffee, rohes Obst, Salate, Mixed pickles sind untersagt, grüne frische Vegetabilien, geschmortes Obst in geringer Menge, rohes Fleisch, Eier, Fische, Wild, Geflügel, leichter Pudding, Milch reichlich gestattet. In Fällen serpiginöser Geschwüre etc. wurde schnell Besserung erzielt. Kranke, die den Verlockungen grofsstädtischer Freuden nicht widerstehen können, sollen Aachen, stille Badeorte aufsuchen. Die regelmäfsige Lebensweise bedingt die günstige Wirkung der Kuren in Badeorten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der gegenwärtige Stand der Hämotherapie, sowie der intravenösen Sublimatinjektionen bei konstitutioneller Syphilis, Vortrag von Scarenzio. (*Boll. med. della Svizzera ital.* 1893. No. 6—7.) Vortragender bespricht in Kürze das Wesen der Serotherapie in ihren Modifikationen nach den verschiedenen Forschern (Tommasoli, Pellizzari. Mazza). Über ihren Wert will er sich nicht aussprechen, indem die Methode noch zu neu, die Berichte sich vielfach widersprechen und die Erfolge keineswegs als vorzügliche bezeichnet werden können. Er benützt deshalb die Gelegenheit, die Vorteile der subkutanen und intramuskulären Hg-Injektionen hervorzuheben und giebt dabei einen Vergleich zwischen dem Kalomel und dem Sublimat, welcher zu Gunsten des ersteren ausfällt. Experimente in seinem Laboratorium haben nämlich ergeben, dafs nach intramuskulären Kalomelinjektionen Spuren von Hg nach zwei Stunden im Harne und nach vier im Speichel nachweisbar sind, Sublimat hingegen schon reichlich nach einer Stunde im Urin und nach zwei im Speichel; zehn Tage nach der Injektion war aufserdem nichts mehr von Hg zu finden. Beim Kalomel hingegen konnte es noch nach Monaten nachgewiesen werden. Vortragender kann sich demnach nicht für einen Körper begeistern, der, wie das Sublimat, so rasch eliminiert wird, im Gegensatz zum Kalomel, das, in Wasser unlöslich, von der alkalischen Blutflüssigkeit nur allmählich in Sublimat verwandelt wird.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über den Einfluſs der interstitiellen Quecksilber-Salicylat-Injektionen auf den Austausch und die Assimilation der stickstoffhaltigen Körper bei Syphilitikern, in quantitativer und qualitativer Beziehung, von Froloff. (*Progrès méd.* 1893. No. 32.) Verfasser kommt zu folgenden Resultaten:

1. Die Salicylatinjektionen bedingen bei recidivierenden Formen der Lues eine Steigerung des Austausches, welche sehr beträchtlich sein kann; demgegenüber bewirken Injektionen von reiner Vaselin eine Verminderung des N-Austausches.

2. In qualitativer Hinsicht ist dieser Austausch beträchtlicher. (Harnstoff, Extraktivstoffe.)

3. Die N-Assimilation nimmt etwas ab.

4. Bei Patienten mit frischer Syphilis und Vermehrung des Austausches sinkt dieser nach den Injektionen und die Produkte unvollständiger Oxydation nehmen ab, während die Assimilation leichter von statten geht.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die subkutane Anwendung hoher Dosen Sublimat gegen Syphilis, von M. Horowitz. (*Centralbl. f. d. ges. Therap.* 1893. No. 3.) Verfasser kritisiert die löslichen und unlöslichen Quecksilbersalze und entscheidet sich zu Gunsten des Sublimat, das er aber in stärkerer Konzentration (bis 5%) injiciert. Der Vorwurf, dafs das Sublimat zu schnell den Körper passiere, wird widerlegt, da Verfasser annehmen zu müssen glaubt, dafs auch das Sublimat unlösliche Verbindungen im Körper bilde. Ein Fall soll das beweisen: Nach einer Sublimatinjektion entstand eine mäfsige Infiltration; als dann aus Versehen in die infiltrierte Stelle nochmals injiciert wurde, entwickelte sich eine heftige Salivation mit mäfsiger Stomatitis, nach deren Ablauf

die luetischen Erscheinungen geheilt waren. Das Infiltrat soll nun ein Queksilberdepot gewesen sein, die zweite Injektion vermehrte dieses und führte zur Intoxikation. (Der Fall beweist rein gar nichts; anzunehmen, dafs das Sublimat, welches doch hoffentlich mit Kochsalz zusammen injiciert wurde, unlösliche Verbindungen liefere, widerspricht der Chemie. Im übrigen erscheint die Bevorzugung löslicher Salze nur berechtigt. D. Ref.). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Wundbehandlung bei Syphilitischen, von Eugen Kraus. (*Allg. Wien. med. Zeit.* 1893. No. 32.) Bei einem Luetiker entstanden nach Bifswunden Abscesse und Geschwüre, die weder auf Jod, noch auf Hg heilten. Erst eine 50%ige Salbe von Ferrum sesquichloratum brachte sehr schnelle Heilung. Bei allen torpiden, fressenden Geschwüren etc. hält Verfasser diese Behandlung für angebracht; man kann vielleicht noch eine schwächere Salbe nehmen, um Schmerzen zu vermeiden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Als neue Behandlungsmethode der Syphilis, besonders derjenigen der fossae nasales empfiehlt Dazzeus die Anwendung des Jodkaliums in Verbindung mit Jodnatrium und Jodammonium.

Kal. jodat.	
Natr. jodat.	
Ammon. jodat.	ää 15,0
Hydrarg. bijodat.	0,05
Aq. destill.	300,0

S. zwei mal täglich einen Efslöffel.

Er erzielte damit Erfolge in Fällen, in denen Jodkalium allein versagte, vermutlich, weil die anderen Jodmittel schneller durch die Nieren ausgeschieden werden. (? D. Ref.) (*Revue de laryngol.* 1893. No. 13.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

d. *Malleus.*

Malleus acutus, von Bourdon. (*Normandie méd.* 1893. No. 9.) Ein Knecht, Alkoholist, der rotzkranke Pferde zu pflegen hatte, erkrankte im Juli 1890 mit einem Geschwür am Handrücken. Anscheinend ohne Lymphangitis schwollen alsbald die Drüsen im Ellenbogengelenk an und vereiterten. Erythem auf Gesicht und Brust. Anschwellung des linken Knie- und Fufsgelenkes. Allgemeinerkrankung. Tod am 12. August, ohne Symptome abseiten der Nase oder der Luftwege.

Türkheim-Hamburg.

Rotz bei Menschen und seine Behandlung mit Quecksilbereinreibungen, von Gralewski. (*Wratsch* nach *Allg. med. Centr.-Ztg.* 1894. No. 3.) Nachdem G. bereits einen 40jährigen Patienten an Rotz verloren hatte, behandelte er die zwei nächsten Fälle, die wohl im gleichen Hause sich inficiert hatten, mit Einreibungen von grauer Salbe von 4 g pro die. Ein Patient (Bäuerin) genas schon nach 17 Tagen, der zweite, ein 70jähriger Greis, brauchte 70 Tage, bis volle Genesung sich einstellte. Hierbei wurden 200 g der Salbe verrieben, ohne dafs Stomatitis oder Salivation sich einstellte. Die Rotzbacillen wurden deutlich nachgewiesen. Verfasser glaubt, dafs ganz junge Kinder weniger dazu neigen, angesteckt zu werden. Drei Kinder des Verstorbenen (4—10 Jahre alt) schliefen in demselben Bette und küfsten den bereits typisch Erkrankten, blieben jedoch gesund, während die Bäuerin und der alte Mann sich inficiert hatten. Die Heilung glaubt Verfasser besonders dem Quecksilber zuschreiben zu sollen. *Neuhaus-München.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 2. 15. Juli 1894.

Das Resorbin und seine Verwendung als Salbengrundlage.

(Referat über einen für den Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Breslau angemeldeten Vortrag.)

Von

Dr. R. Ledermann,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Berlin.

Da es mir bei der Fülle der zur Diskussion gestellten Vorträge auf dem diesjährigen Kongresse der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Breslau nicht möglich war, den von mir angemeldeten Vortrag über das Resorbin, welcher demnächst in den Kongreſsverhandlungen publiciert werden wird, in extenso zu halten, und sich meine Darlegungen wesentlich in dem Rahmen persönlicher Aussprache mit den anwesenden Kollegen halten muſsten, bezw. auf gelegentliche Demonstrationen in der Ausstellung beschränkt blieben, so benutze ich die mir von seiten der geschätzten Redaktion dieser Zeitschrift freundlichst gebotene Gelegenheit, um in Kürze über den Inhalt meines Vortrages zu referieren.

Zunächst glaube ich mich gegen den mir von verschiedener Seite, zuletzt von Jessner, gemachten Vorwurf, daſs bisher experimentelle Untersuchungen fehlen, welche die Wahl des Namens Resorbin zu rechtfertigen geeignet wären, durch den auf einem eingehenden Studium der vorliegenden Litteratur basierenden und in meinem Vortrag des näheren ausgeführten Hinweis am besten schützen zu können, daſs es bisher keine brauchbare Methode giebt, die Resorbierbarkeit von Fetten und Ölen durch die Haut in exakter wissenschaftlicher Weise zu studieren. Alle einschlägigen Methoden leiden an leicht nachweisbaren Fehlerquellen, welche ihre praktische Bedeutung illusorisch machen. Es beschränken sich daher die meisten Autoren darauf, die Resorptionsenergie von Fetten lediglich nach ihren klinischen Beobachtungen zu fixieren. Auch meine Beobachtungen über die Eigenschaften des Resorbins und die daraus für die therapeutische Verwendung gezogenen Schlüsse sind die Frucht klinischer Forschung und stützen sich auf Wahrnehmungen an einem ausgedehnten Krankenmaterial.

Die mit dem Namen „Resorbin“ belegte Salbengrundlage ist eine auf technischem Wege hergestellte Fettemulsion,[1] bestehend aus Mandelöl, Wachs, einem minimalen Gelatine- und Seifenzusatz als Bindemitteln und kombiniert mit einer geringen Lanolinmenge zur Verbesserung der Haltbarkeit und der sonst etwa butterähnlichen Konsistenz, zeichnet sich, wie die klinische Beobachtung ergiebt, durch eine aufserordentliche Penetrationskraft für die Haut aus. Sie besitzt die Eigenschaft, schon bei gelinder Massage schnell in der Haut zu verschwinden und nur einen geringen Fettrückstand auf derselben zurückzulassen. Sie zeichnet sich dadurch vor dem Adeps und dem Vaselin aus, welches „nur sehr langsam und in geringem Mafse von der Haut resorbiert wird“ (KÜHN, *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. S. 322) und hat vor dem aufserordentlich resorptionsfähigen Lanolin, mit dem es, je nach der gewünschten Konsistenz in entsprechender Menge kombiniert, vortreffliche Salbenkompositionen liefert, den Vorzug, dafs es einer geringeren Massage bedarf, um eine Einführung des Fettes in die Haut zu ermöglichen, und dafs das hinterbleibende Residuum des Fettes ein geringeres ist.

BOSTON MEDICAL LIBRARY. JUN 5 1897

Das Resorbin wirkt zugleich vermöge seines Wassergehaltes im Sinne einer Kühlsalbe, also juckliudernd und entzündungswidrig. Es eignet sich daher als Kühlsalbe

a) zur Verwendung bei dem Pruritus nervosus, namentlich senilis, und wird zweckmäfsig mit einem Zusatz von 5—10 %igem Tumenol kombiniert;

b) zur Behandlung der Prurigo Hebra als Konstituens von Naphtol und Schwefelsalben.

Nicht verwendbar dagegen ist es infolge des Wassergehaltes bei allen mit starker Sekretion einhergehenden Affektionen, namentlich bei dem Eccema madidans und bei stark eiternden Wunden.

Die aufserordentliche Penetrationskraft läfst die Salbe zum Gebrauch bei allen Affektionen geeignet erscheinen, bei welchen

1. eine Fettinfiltration der Oberhaut erwünscht ist, also:

a) Zur schnellen Beseitigung von Krusten und Schuppen bei dem Eccema impetiginosum et crustosum, bei der Psoriasis, der Seborrhoea sicca und dem Eccema psoriasiforme Neisser (seborrhoicum Unna). Es empfehlen sich hier Kombinationen mit Salicyl, Schwefel und Resorcin.[2]

b) Zur ambulanten Behandlung der Ichthyosis, da die Schuppen leicht

---

[1] Die Fabrikation geschieht durch die Aktien-Gesellschaft für Anilinfabrikation Berlin SO.

[2] Resorcinsalben müssen stets in kleineren Mengen verschrieben werden, da allmählich eine Verflüssigung der Salbe, wohl infolge des minimalen Seifenzusatzes eintritt. Bei grofsen Mengen empfiehlt sich ein Zusatz von 30 %igem Adeps oder Lanolin.

erweicht, die Rhagaden schnell beseitigt werden und damit das lästige Spannungsgefühl der Haut nachläfst.

c) zur Beseitigung aller durch arteficielle (chemische und physikalische) Einflüsse erzeugten Dermatitiden mit Neigung zur Erosions- und Rhagadenbildung. Insbesondere verwenden zahlreiche Chirurgen das Mittel zur Konservierung der Hände. Auch gehört hierher die günstige Wirkung welche bei dem mit starker Rhagadenbildung einhergehenden Gewerbeekzem der Möbelpolierer von Herrn Dr. LEPPMANN, dirigierendem Arzt des Zellengefängnisses zu Moabit, beobachtet wurde. Derselbe, welcher ausgedehnte und zu seiner Zufriedenheit ausgefallene Versuche mit dem Resorbin angestellt hat, worüber er an anderer Stelle demnächst berichten wird, rühmt auch die auffallende schnelle Heilwirkung bei der sogenannten Vagabundenfurunkulose, einer in Gefängnissen häufig beobachteten Affektion.

2. Als Vehikel für die Inkorporation von Medikamenten in die Haut eignet sich das Resorbin:

a) Zur Behandlung subakuter und chronischer Ekzeme. Zweckentsprechende Kombinationen mit Borsäure, Salicylsäure, Schwefel, Zinkoxyd, weifsem Quecksilberpräcipitat und namentlich Teer hatten dabei den besonderen Vorzug, dafs umfangreiche Verbände vermieden werden konnten, da das Fett sehr bald in die Haut einzieht („resorbiert" wird) und dann die elastisch und geschmeidig anzufühlende Haut wenig fettig hinterbleibt — ein Umstand, der besonders für die Behandlung infantiler Gesichtsekzeme von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Will man dem Resorbin zugleich die Eigenschaften einer imbibierenden und deckenden Salbe verleihen, so empfiehlt sich entweder die Kombination mit Lanolin aa oder die Herstellung einer Zinkpaste nach LASSARschem Schema mit Resorbin als Excipiens.

b) Zur Behandlung des Lichen ruber und der Psoriasis. Zehnprozentige Chrysarobinsalben, auf isolierte Stellen mit einem Borstenpinsel aufgetragen, verschwinden schnell in der Haut und machen einen Schutzverband überflüssig; sie ersetzen also zweckmäfsig das Chrysarobinkollodium und Traumaticin, von denen man doch wohl nicht behaupten kann, dafs sie zur Einführung des Medikaments in die Haut wesentlich beitragen. Werden gröfsere Körperflächen eingesalbt, so empfiehlt sich nachträgliches Einpudern, um ein Beschmutzen der Wäsche zu verhüten. Der Verbrauch der Salbe ist ein geringer, da, je spärlicher die Salbe aufgetragen wird, um so schneller die Imprägnation der Haut erfolgt, um so intensiver die Wirkung ist. Dasselbe gilt für Pyrogallussäuresalben, die man besser etwas geringer prozentiert, um Resorptionserscheinungen vorzubeugen.

c) Zur Behandlung der Scabies. Eine wirksame, ambulante und dabei bequeme Behandlung der Scabies liefs sich bisher bei besser situierten, ihrem Berufe nachgehenden Patienten nur schwer durchführen, da, ab-

gesehen von dem bemerkbaren Geruch des Perubalsams, Styrax und der Wilkinsonschen Salbe, auch die von KAPOSI empfohlene, wenig riechende Naphtolsalbe ohne eine intensive Beschmutzung und Einfettung der gesamten Leibwäsche des Kranken bei ambulanter Behandlung nicht verwendet werden konnte. Das Resorbin reduciert vermöge der erwähnten Eigenschaften diese Nachteile auf ein Minimum, so dafs ich seit Beginn meiner Versuche mit diesem Mittel nicht mehr genötigt war, weder einen Privat-, noch Kassen- oder poliklinischen Kranken klinisch zu behandeln.

Die Behandlung der Scabies wird seitdem von mir in folgender Weise ausgeübt:

1. Perubalsamsalben werden nur in zwei Fällen ordiniert: a) bei Kindern, b) bei erwachsenen Kranken mit ausgedehnten erosiven Kratzeffekten und Ulcerationen, namentlich an den Geschlechtsteilen. In diesen Fällen werden 30%ige Perubalsamresorbinsalben viermal im Laufe von 2 bis 3 Tagen eingerieben; darüber wird leicht gepudert. Der Perubalsam büfst bei Verarbeitung mit Resorbin merklich an Geruch ein, so dafs auch daraus schon dem Kranken ein Vorteil erwächst.

2. Naphtolsalben (10%) mit einem Zuatz von Schwefel (6%) kommen in allen anderen Fällen von Scabies zur Verwendung. Gleichfalls drei- bis viermaliges Einreiben im Laufe von 2 bis 3 Tagen. Die Salbe zieht ungemein schnell in die Haut ein, riecht nicht, so dafs die Kranken keine Berufsstörung erleiden. Unmittelbar nach der letzten Einreibung Wechsel der Bett- und Leibwäsche, sowie Desinfektion sämtlicher während des Bestehens der Affektion getragenen Kleidungsstücke mittelst heifsen Wasserdampfes, so dafs von dieser Seite eine Reinfektion ausgeschlossen ist. Zur Nachbehandlung dient eine 30%ige Zinkoxydresorbinsalbe. Am sechsten Tage nach der Einreibung mit Naphtol wird erst ein warmes Bad gestattet und dann bei etwaiger arteficieller Reizung der Haut noch gepudert. Auf diese Weise wird eine schnelle ambulante und den Kranken wenig belästigende Therapie ermöglicht.

d) Zur Behandlung gut granulierender Wunden. Das Resorbin dient hier als Konstituens für Tumenol, Jodoform, Argentum nitricum und Perubalsamsalben. Auch das Jodoform verliert bei Kombination mit Resorbin an Geruch und wird daher von den Kranken den entsprechenden Adeps- und Vaselinsalben vorgezogen. Die dick auf Lint gestrichenen Resorbinsalben müssen allerdings häufig gewechselt werden, da schon nach kurzer Zeit die Salbenläppchen trocken sind. Die Perubalsamresorbinsalben eignen sich vorteilhaft zur Nachbehandlung des Lupus. Nicht selten sieht man dann kleine, wie mit dem Locheisen herausgeschlagene, sich sehr bald überhäutende Ulcerationen entstehen, ein Beweis dafür, dafs noch unentdeckt gebliebene Lupusknötchen vorhanden waren, welche durch die von SAALFELD bereits hervorgehobene elektive Wirkung des

Perubalsams für Lupuseffloreszenzen markiert, zerstört und der Heilung entgegengeführt werden.

3. Zur Tiefenwirkung und zur Einführung von Medikamenten in den Körper hat das Resorbin in folgenden Fällen Anwendung gefunden:

a) Als Konstituens für Jod- und Jodkaliumsalben (bezw. Jodjodkaliumsalben) zur Behandlung von Bubonen, Periurethritiden und Infiltraten nach Epididymitis. Da jedoch der dermatotherapeutische Wert von Jodpräparaten ein zweifelhafter und die Beurteilung der Jodwirkung bei den einzelnen Autoren eine wechselnde ist, so lege ich auf die Anwendung der Jodsalben für dermatologische Zwecke keinen besonderen Wert.

b) Zur medikamentösen Imprägnation von Tampons für gynäkologische Zwecke. Versuche mit dieser Art von Resorbinanwendung sind in der Königl. Frauenklinik in Strafsburg von Herrn Assistenzarzt Dr. Müllerheim angestellt worden, welcher mir mitteilt, dafs ihm das Resorbin an Stelle des Glycerins für Vaginaltampons sehr gute Dienste leistet, indem die Oberschenkel der Frauen nicht, wie bei dem herabrinnenden Glycerin, beständig benetzt werden und die Wäsche nicht beschmutzt wird. Kombiniert wurde das Mittel mit Jodkalium und Ichthyol, welches dabei gleichfalls einen Teil seines unangenehmen Geruchs verliert. Hier wurde auch nach Einführung eines 10%igen Jodkaliumvaginaltampons ein starker Jodismus beobachtet.

c. Zur Syphilisbehandlung in Form von Resorbinquecksilber (Unguentum hydrargyri cinereum cum Resorbino paratum). Diese fabrikmäfsig und daher stets gleichmäfsig hergestellte Salbe hat einen Gehalt von $33^1/_3$%igem Quecksilber, entspricht also in ihrer Zusammensetzung der officinellen grauen Salbe (50%ige Salben haben keine Vorteile gezeigt). Sie besitzt einen schwach aromatisch angenehmen Geruch, dringt schneller als alle anderen gebräuchlichen Merkurialsalben ohne besonders kräftige und ermüdende Einreibung in die Haut ein, trocknet schnell und verursacht nur ausnahmsweise Hautreizungen. Die Haut zeigt nach der Inunktion einen mattgrauen Spiegel, welcher meist schon am folgenden Tage verflüchtet ist. Die äufseren Vorteile für den Kranken bei der Applikation dieser Salbe sind also: kürzere Zeit der Einreibung, gröfste Reinlichkeit, Geruchlosigkeit.

Die Wirkung ist der der officinellen Salbe mindestens adäquat. In einer grofsen Zahl von Fällen aus den verschiedensten Stadien der Lues (Lues hereditaria, Sklerosen, Plaques in ore, makulöse, papulöse, pustulöse, tubero-serpigino-squamöse Syphilide, Gummata der Haut und des Zentralnervensystems) ist eine rasche Involution der jeweiligen Symptome erfolgt. Recidive sind natürlich nicht ausgeblieben, doch dürften wir diese wohl durch keine Behandlungsart aus der Welt schaffen können. Für die aufserordentlich schnelle Quecksilberresorption spricht auch das relativ

häufige Auftreten meist leichterer Gingivitiden, wodurch eine zeitweilige Unterbrechung der Kur notwendig wurde. Doch läfst sich dieser mehr zu Gunsten der Wirkungsweise der Salbe sprechende Übelstand bei besonders disponierten Individuen durch Herabsetzen der Dosis beseitigen.

Die Ordination erfolgt 1. ad chartam ceratam bei Kindern in Dosen von 0,3—0,75 g, bei Erwachsenen 2—5 g (gewöhnlich genügen 3 g), 2. ad tubam graduatam (30 g 75 Pf.) für die Armen- und Kassenpraxis.

Diese aus Glas bestehenden Tuben (cfr. nebenstehende Abbildung) besitzen einen verschiebbaren Boden aus Kork, welcher mit einem der Tube beigegebenen Holzstab beliebig bewegt werden kann. An der Wand der Tube befindet sich eine 30teilige Skala, in der jeder Grad 1 g der Salbe bedeutet, so dafs man dem Kranken nur anzugeben braucht, um wieviel Teilstriche er den Boden für den jedesmaligen Gebrauch verschieben mufs, um die ordinierte Grammmenge zu erhalten.

(In *Lassars derm. Zeitschr.* Bd. I. Heft 4 liest man: „Eine neue Art, Salben zu dosieren, geht von der Aktien-Gesellschaft für Anilinfabrikation aus. Dieselbe vertreibt ihre Resorbinsalben in tarierten Glascylindern. Ein Stempel schiebt den Inhalt laut angebrachter Skala grammweise heraus; der zurückbleibende Rest ist vor jeder Verunreinigung geschützt, und das Verfahren mufs als originell und praktisch bezeichnet werden.")

Die Applikation der Salbe erfolgt:

1. In Form von Überstreichungen nach WELANDER. (JOSEPH, *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten* schreibt S. 245: „In einem vor kurzen von mir behandelten Falle von schwerem, pustulösem, universellem Syphilide mit gleichzeitiger Iritis gummosa haben sich diese Aufstreichungen sehr bewährt. Ich benutzte hierzu mit schnellem Erfolge das von LEDERMANN empfohlene Quecksilber-Resorbin (Unguentum hydrargyricum cinereum cum Resorbino paratum 33⅓%).") Die Überstreichungen sind dann indiciert, wenn gröfsere Hautflächen geschwürigen Zerfall zeigen, so dafs ein methodisches Einreiben ausgeschlossen ist. Man streicht abends 6 g der Salbe mit einem Spatel auf eine Extremität, verbindet mit einem Leinwand- oder Lintlappen und schickt den Kranken ins Bett. Am nächsten Morgen ein Bad. Daneben sorgfältigste Mundpflege: dreistündliches Gurgeln mit Liquor aluminis acetici, 1 Theelöffel auf 1 Glas Wasser und mehrmaliger täglicher Gebrauch der Kali-chloricum-Zahnpasta nach Dr. UNNA.

2. In Form methodischer Einreibungen nach Art der gewöhnlichen

Inunktionen. Ich lasse gewöhnlich am ersten Tage das linke Bein bis zur Hüfte, am zweiten den rechten Arm mit der entsprechenden Brust-, Bauch- und Rückenseite, am dritten und vierten Tage entsprechend die andere Körperhälfte immer unter Vermeidung behaarter Stellen einreiben. Am fünften Tage ein protrahiertes Wannenbad und nach dem Bade sofort die fünfte Inunktion. Nach der achten Einreibung ein Dampfbad. Geringe Mengen der Salbe werden gleichmäfsig auf die in Angriff genommenen Körperstellen verteilt und so lange verrieben, bis die Haut absolut trocken ist und sich ein weiteres Einreiben von selbst verbietet: ein Zeitpunkt, der nach ungefähr 7 Minuten eintritt. Bei gleichzeitig bestehendem Exanthem des Gesichts und der behaarten Kopfhaut wird aufserdem eine Salbe, bestehend aus Wismut 10,0, Hydrargyrum praecipitatum album 15,0, Resorbin 85, Tag und Nacht aufgetragen. Auch bei ambulanter Behandlung läfst sich diese Salbe am Tage im Gesicht einfetten, da sie schnell in der Haut verschwindet und äufserlich kaum zur Kognition kommt.

Die Nebenwirkungen auf die Haut sind gering: hin und wieder eine leichte, schnell vorübergehende Folliculitis, niemals so heftige Irritationen wie bei der officinellen Salbe. In zwei Fällen liefs sich ein nach Art des Erythema multiforme exsudativum auf dem Oberschenkel und dem Bauch auftretendes Exanthem unschwer als Merkurialwirkung deuten.

Was zum Schlufs die Haltbarkeit des Resorbins und des Quecksilberresorbins anlangt, so entspricht dieselbe bei der jetzigen Darstellung des Präparates mit einem Zusatz von Lanolin und Benzoeharz der des officinellen Adeps benzoatus, darf also wohl als ausreichend erachtet werden. Besondere Vorschriften für Konservierung und Anfertigung der Salben befinden sich in den Händen der Apotheker.

Über Resorbin.

Von

Dr. F. Hahn,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Bremen.

Als Lederhann seinen Vortrag über Resorbin für den Dermatologenkongrefs in Breslau angekündigt hatte, nahm ich mir vor, in der Diskussion einige empfehlende Bemerkungen daranzufügen, und machte mir einige Notizen über die Fälle, die ich in meiner Privatpraxis mit diesem neuen Mittel behandelt habe. Da der betreffende Vortrag wegen Mangels an Zeit auf dem Kongrefs nicht gehalten ist, so benutze ich die Gelegen-

heit, diese Notizen hier im Anschluſs an LEDERMANNS Mitteilung zu veröffentlichen. Wenn es auch nicht viel ist, so spricht es doch einigermaſsen zu Gunsten dieser neuen Salbengrundlage und dürfte daher vielleicht auch andere zur Nachprüfung animieren.

Von allgemeinen Mitteilungen über Konstitution, Preis etc. des Resorbins, von theoretischen Erörterungen kann ich hier absehen. Ich verweise hierüber auf die obige Publikation LEDERMANNS.

Mich bewog zu einem Versuch mit dem Resorbin zunächst der Umstand, daſs man viele Affektionen nicht mit genügender Energie und Regelmäſsigkeit behandeln konnte, und daſs daher auch die Heilerfolge nicht mit genügender Geschwindigkeit eintraten, so z. B. bei Ekzemen im Gesicht, vor allem auch bei der Akne junger Mädchen. Man stöſst zu viel auf Widerstand von seiten der Patientinnen, die bei Tage sich nicht eingesalbt ihrer Umgebung zeigen mögen.

Läſst man nun eine Resorbinsalbe ordentlich 1—2 Minuten einreiben, so verschwindet sie fast gänzlich (die letzten sichtbaren Fettreste lassen sich leicht mit einem trockenen Tuche abwischen), und man hat nun bedeutend leichteres Spiel. So verordnete ich in einer ganzen Reihe derartiger Fälle Resorbinsalben mit Sulfur, Resorcin etc. etc. und erzielte recht gute Erfolge, jedenfalls bessere, als ich bei denselben Patientinnen bisher beobachtet hatte. Auch als Schwefelpomade (wozu es ja durch seinen Parfümgehalt und seine Konsistenz schon a priori befähigt erscheint) machte sich das Resorbin den Patientinnen beliebt, es fehlte das Gefühl der Klebrigkeit, das bei Applikation anderer Salben im Frauenhaare so leicht lästig auffällt. Die Haut vertrug in allen derartigen seborrhoischen Zuständen das Resorbin ebenso gut, wie bisher Vaselin, Adeps lanae und Lanolinsalben, einige klagten zwar über Brennen und Spannen (trotz der kühlenden Wirkung, die Resorbin infolge seines Wassergehaltes ausüben soll), doch schwand dies bei schwächerer Dosierung der betreffenden Salbe und fällt somit nicht dem Resorbin zur Last.

Auffallend günstig beeinfluſst wurden — und das möchte ich zum Teil wenigstens der Kühlwirkung des Resorbins zuschreiben — zwei Fälle von Pruritis vulvae mit sekundärem Kratzekzem bei älteren Frauen, nachdem vorher eine analoge Vaselin-Adepslanae-Salbe ohne besonderen Erfolg appliciert war. Sehr zufrieden war auch ein an Ichthyosis leidender Herr, der im Laufe seines Lebens schon Gelegenheit gehabt hatte, eine ganze Reihe verschiedener Salben mit mehr oder weniger gutem Erfolge zu versuchen. Er ist von Salicylresorbin entzückt, da es ihm rasche Besserung und vorläufig anhaltende Linderung seiner Beschwerden gebracht hat.

Psoriasis und Lichen zu behandeln hatte ich nicht Gelegenheit genommen, ebenso wenig Scabies, Erysipelas; gerade hierbei dürfte eine

Prüfung sehr empfehlenswert sein, ebenso bei den verschiedenen Mykosen. In einem Falle von sehr hartnäckiger Sykosis parasitaria verhinderte (nach gründlicher Auskratzung und Heilung der Wunden unter Salicylumschlägen) eine leichte Naphtolresorbinsalbe die Entwickelung neuer Pilzherde, vorher war sie als Vaselinsalbe ohne Erfolg appliciert, vielleicht doch ein Zeichen, dafs die Salbe jetzt besser die Epidermis durchdrang. Was die resorbierende Wirkung des Jod- oder Quecksilberresorbins auf Drüsenschwellungen oder Epididymitis anbelangt, so war die Wirkung der analogen Salben in solchen Fällen mindestens äqual; in zwei Fällen von drohender Vereiterung eines Bubo hatte ich kaum noch die eintretende Resolution erwartet.

Die Hauptbedeutung des Resorbins aber liegt meines Erachtens in der Erleichterung und Verbesserung der Syphilistherapie. Da ich mit den Erfolgen der Injektionen gar nicht mehr so recht zufrieden bin, so verordne ich häufig die Schmierkur. Nun ist es doch für viele, besonders für junge Leute, schwer, diese Kur ordentlich durchzuführen. Das weifs jeder. Da brachte das Hg-Resorbin manchen Vorteil. Es beschmutzt die Wäsche bei weitem nicht so sehr, als die officinelle Salbe; wenn man es ordentlich hineinmassiert, erscheint die Haut kaum grau und färbt nur wenig ab. Dabei kann man die Zeit des Massierens erheblich (um die Hälfte) abkürzen; ich lasse die Resorbinsalbe nur 10 bis 12 Minuten lang verreiben. Die Patienten werden sich viel lieber zu dieser „sauberen" Ausführung der Schmierkur bequemen, und weil die Reibezeit kürzer ist, wird man auch weniger Mifserfolge haben bei Patienten, die genötigt sind, sich selbst zu schmieren. Solche pflegen doch sonst bei der Leichtfertigkeit mancher Patienten, denen die konsequente, lange fortgesetzte Massage zu langweilig ist, nicht auszubleiben. Die Erfolge der Behandlung waren durchaus gut und den Unktionen mit der officinellen grauen Salbe durchaus ebenbürtig: die manifesten Symptome, auch solche schwererer oder hartnäckiger Art, gingen stets gut und rasch zurück. Dafs man, wie auch LEDERMANN hervorhebt, und wie ich bestätigen mufs, leichter wohl als sonst Stomatitis auftreten sieht, spricht doch entschieden eher zu Gunsten des Resorbins; es beweist die prompte und gute Resorption des Quecksilbers. Nennenswerte Unannehmlichkeiten hierdurch habe ich nie gesehen, ebensowenig starke Reizungen der Haut oder Störungen von seiten des Darmtractus. Doch bin ich zur Vorsicht für den Anfang der Kur auf 3—4 g täglich herabgegangen, statt der bisher beliebten 5 g, und steige erst nach einigen Touren wieder auf diese Menge, wenn ich sehe, dafs alles gut geht.

Somit scheint mir das Resorbin eine recht gute Bereicherung unseres dermatologischen Armamentariums zu sein, und glaube ich, jedem Versuche mit dieser neuen Salbengrundlage anraten zu dürfen.

Die Ätiologie der Pagetschen Krankheit.

Vortrag, gehalten in der Dermatologischen Sektion beim Internationalen Medizinischen Kongreſs in Rom 1894.

Von

A. Ravogli M. D.,

Professor of Dermatology, Medical Department University of Cincinnati.
(Cincinnati College of Medicine and Surgery).

Bei einer jeden Krankheit ist die Ätiologie der wichtigste Punkt, insofern als dieselbe uns zugleich den Schlüssel für die Prognose und die Therapie liefert. Gleichzeitig ist aber dieser Punkt der schwierigste und der am meisten umstrittene, ein weiterer Beweis für die Wahrheit der Behauptung, wie schwierig es ist „rerum cognoscere causam". Seitdem Leuckart auf die parasitischen Protozoen, namentlich auf das Coccidium oviforme als den Typus der Gruppe der Sporozoa aufmerksam machte, sind viele Krankheiten diesem ätiologischen Faktor zugeschrieben worden und haben deswegen den Namen Psorospermosen erhalten. Als Typus dieser Krankheiten kennen wir jene unter dem Namen der Pagetschen Krankheit uns geläufige, ulcerative Affektion der weiblichen Brustwarze. Wickham und Darier haben als die Ursache dieses Leidens ein parasitisches Sporozoon bezeichnet.

Ich habe ein chronisches ulceratives Leiden von der nämlichen Beschaffenheit an der Nase einer Dame beobachtet, welches in jeder Beziehung mit der von Paget beschriebenen Brustwarzenaffektion übereinstimmte. Ich nehme mir die Freiheit, Ihre Aufmerksamkeit auf diese Affektion hinzulenken, wegen ihrer Eigentümlichkeit, Seltenheit und ätiologischen Wichtigkeit.

Frau A. S., Covington, Ky., 67 Jahre alt, hat während ihres ganzen Lebens sich einer ungewöhnlich guten Gesundheit erfreut; die Anamnese ergiebt nichts von Skrophulose oder Syphilis. Sie hat vier Kinder gehabt, welche alle verheiratet sind und sich in bester Gesundheit befinden. Vor sechs Jahren bemerkte sie zuerst ein juckendes Gefühl am inneren rechten Augenwinkel, das sich auch auf die Nase erstreckte. Die Haut war an dieser Stelle gerötet, hart und etwas infiltriert. Diese Infiltration nahm allmählich zu, bis eine Anzahl kleiner Knötchen sich auf der Oberfläche entwickelten. Letztere brachen bald auf und hinterließen eine geschwürige Fläche. Die Geschwüre breiteten sich allmählich weiter aus; ihre Ränder waren scharf abgegrenzt und erstreckten sich tief in die Haut hinein. Nach einer vorübergehenden Besserung machte das Leiden weitere Fortschritte und führte zur Entwickelung einer harten, oberflächlichen Narbe, welche ein mäßiges Ektropion des unteren Augenlides verursachte. In der Mitte dieser Narbe bildeten sich neue Knötchen, welche auch ihrerseits nach und nach in Geschwüre übergingen. Im Laufe der Zeit traten ähnliche

Stellen auch an der Nasenwurzel und dem Nasenkörper hervor und bildeten schliefslich durch Verschmelzen mit der Primäraffektion eine zusammenhängende, geschwürige Fläche.

Im August 1893 sah ich die Patientin zum ersten Mal. Die Haut der ganzen Nase war ihrer normalen Hornschicht der Epidermis beraubt, und über die Oberfläche verstreut sah man eine Anzahl kleiner, wuchernder, hypertrophischer Knötchen, welche mit einer weifsen, weichen und schlaffen Epidermis bedeckt waren. Die Haut war hart, infiltriert, von amyloidem Aussehen, sehr fest und resistent, unelastisch, unbeweglich, und sie zerbröckelte leicht bei Anwendung des scharfen Löffels. Die Affektion erstreckte sich fast über die ganze Nase und über den inneren rechten Augenwinkel. Die begrenzenden Ränder waren glatt und scharf in die umgebende normale Haut eingeschnitten. An den Rändern weist die Haut zahlreiche narbige Streifen auf, welche nach verschiedenen Richtungen ausstrahlen und ein leichtes Ektropion des unteren Lides, sowie eine geringe Deformität des rechten Nasenflügels hervorgerufen haben. In der Mitte dieser Narben fanden sich tiefe, runde Ulcerationen. Das aktive Element des Leidens schien an einigen, etwas über der umgebenden Fläche erhabenen Knötchen, welche in der Mitte erweitert waren, lokalisiert zu sein. In der bräunlich roten, geschwürigen Oberfläche sind mehrere weifse Körperchen in den Geweben eingebettet wahrzunehmen. Dieselben sind aber mit unbewaffnetem Auge kaum zu erkennen. Das serös-eiterige Sekret ist nur sehr gering, fehlt auch hier und da gänzlich, und die genannten Knötchen sind nur gelegentlich mit kleinen, dünnen Borken besetzt.

Zu allererst hatte ich den Eindruck, dafs es sich hier um ein oberflächliches Epitheliom handelte, und es wurde mit der Anwendung von Ichthyol und Unguentum Diachyli (3,75 : 28,0) ein sehr erfreulicher Erfolg erzielt.

Wegen eines Anfalls von Heufieber mufste aber um diese Zeit die Kranke nach einem ihr besser zusagenden Klima abreisen. Als sie zurückkehrte, hatte sich der Zustand verschlimmert. Die Grenzen hatten sich erweitert, und am Innenwinkel des rechten Auges waren neue Plaques aufgeschossen. Das Aussehen erinnerte genau an dasjenige der von Darier und Wickham beschriebenen, kutanen Psorospermose und stimmte zugleich mit den bei der Pagetschen Krankheit der Brust vorkommenden Symptomen und Veränderungen überein. Einige Knötchen wurden mit dem scharfen Löffel entfernt und mit Methylenblau gefärbt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich in jedem einzelnen Präparat eine Anzahl grofser, eiförmiger Körperchen, welche an Gebilde erinnerten, wie ich sie früher schon bei Fällen von Psorospermosis follicularis vegetans beobachtet hatte. Dies bestärkte meine Ansicht, dafs ich es hier mit einem derartigen Leiden zu thun hatte.

Histologie. Aus der Mitte der affizierten Hautpartie wurde ein kleines Stück herausgeschnitten, in Alkohol gehärtet und mit Hämatoxylin gefärbt. Es fand sich eine wesentliche Vermehrung der kernhaltigen Epidermiszellen in der Hornschichte; die Papillarschichte war mit grofsen, runden Entzündungszellen aufgefüllt. Die Talgdrüsen waren von eben solchen Zellen durchsetzt sowie auch die Umgebung der Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen. Die Papillen waren hypertrophisch und auf ähnliche Weise infiltriert. Der gleiche Prozefs war auch am subkutanen Bindegewebe zu konstatieren. Keiner der Schnitte zeigte die für Epitheliom charakteristischen Epithelperlen, noch auch die eigentümlichen, grofsen, ovalen Körperchen, welche sich in den mit Methylenblau gefärbten Deckglaspräparaten vom Geschabsel der geschwürigen Flächen fanden.

Coccidia. Diese Körperchen stellen sich unterm Mikroskop als grofse, ovale Zellen mit einer dicken, doppelt konturierten Kapselmembran und mit flüssigem,

homogenem Inhalt dar. Letztere Substanz nimmt Methylenblau begierig an, während die Kapselmembran sich nicht färbt. Bei frischen ungefärbten Präparaten, die in Glycerin eingelegt waren, sah man die Körperchen sich von einer Stelle zur anderen bewegen und auch amöboide Bewegungen vollführen, indem ihre Form sich von Zeit zu Zeit veränderte. Das Ergebnis dieser Bewegungen ist die Abscheidung einer hyalinen Flüssigkeit aus den Körperchen. Dieselbe sieht man als eine opalescierende, die Zelle umgebende Flüssigkeit. Bei älteren Präparaten ist der Zellinhalt nicht mehr homogen, sondern zeigt eine Anzahl von Kernen oder Körnchen, welche dunkler aussehen als das Protoplasma der Mutterzelle. Diese Körnchen sind von Darier und Wickham Pseudonavicellae benannt worden.

Darier[1] war der Erste, welcher auf das Vorhandensein dieser ovalen Körperchen bei der von ihm als Psorospermose folliculaire végétante bezeichneten, sonst aber als Acne sebacée oder Kératose folliculaire bekannten Krankheit hinwies. Er stellte die Behauptung auf, dafs diese Körperchen die Ursache des Leidens seien und reihte dieselben in die Gruppe der Coccidien ein. Diese Auffassung wurde von Malassez und Balbini acceptiert,[2] von dem die gleichen Organismen bei der Pagetschen Erkrankung der Mamilla nachgewiesen wurden. Ferner gab Wickham beim Internationalen Dermatologischen Kongrefs 1889 eine Bestätigung dieser Darlegung, wobei er die Organismen als oviforme Psorosperme beschrieb und ihnen parasitäre Natur vindizierte. Derselben Ansicht traten auch Vincent,[3] J. Hutchinson jr.,[4] Pospeloff,[5] Mansuroff,[6] Besnier, Lustgarten,[7] und Karnowsky bei. Den ersten Widerspruch gegen diese Behauptung von ihrem parasitären Wesen erhob White,[8] welcher erklärte, dafs die von ihm bei einem Fall von Psorospermosis follicularis beobachteten Zellen Keratohyalin enthielten. Auch Buzzi und Miethke[9] wollten diese Zellen nicht als Sporozoa anerkennen und C. Boeck[10] leugnete, dafs sie Parasiten seien.

R. Kroesing[11] behauptete, dafs diese Körperchen auf einer Verhornung des Epithels beruhten und mit Coccidien nichts zu thun hätten. Auch Török[12] trat dieser Meinung bei. Andere Beobachter, Pfeiffer, Neisser, Schwimmer, Zeleneff, Piffard und Pick wollen die Entscheidung über das Wesen dieser grofsen, runden Körperchen noch in suspenso lassen.

Bedeutung der fraglichen Gebilde. Meines Erachtens kann gar kein Zweifel darüber bestehen, dafs diese Körperchen abnorm sind, und dafs wir sie unter normalen Verhältnissen nicht antreffen. Ferner sind sie auf gewisse krankhafte Vorgänge beschränkt und finden sich nicht bei anderen Hautkrankheiten. Ich habe verschiedentlich Knötchen von Epitheliomen, Ulcus cruris, skrophulösen Geschwüren und exkoriierten Ekzemflächen untersucht, ohne dafs es mir jemals gelungen wäre, sie dabei zu finden. Dagegen habe ich sie bei der Pagetschen Krankheit, bei Psorospermosis follicularis vegetans und beim Lupus erythematosus

konstant gefunden. Ich kann zwischen diesen runden Körperchen und den Epidermiszellen keinerlei Analogie erkennen. Zellen, welche kolloide Entartung erlitten haben, würden nicht die diesen Körperchen innewohnenden, chromatophoren Eigenschaften aufweisen können. Die in diesen Zellen enthaltene Protoplasmamenge, ihre amöboiden Bewegungen und die in ihrem Innern befindlichen Kerne oder Körnchen geben eine hinreichende Berechtigung, dieselben unter den Sporozoen zu klassificieren. Bei den Geschwürsbildungen der Pagetschen Krankheit sind diese Körperchen nur sehr spärlich vertreten, wie auch TÖRÖK beobachtet hat. Impfversuche an Kaninchen mit dem aus den Knötchen der Pagetschen Krankheit stammenden Detritus blieben erfolglos.

Aus den obigen Betrachtungen möchte ich nun folgende Schlufsfolgerungen ziehen:

1. Die Pagetsche Krankheit ist eine ulcerative Form der Psorospermose der Haut.

2. Dieselbe ist nicht auf die weibliche Brustwarze allein beschränkt, sie kann vielmehr auch andere Organe ergreifen.

3. Sie ist nicht eine Epitheliomart, kann aber in diese maligne Form ausarten.

4. Als ätiologischer Faktor derselben ist ein der Gruppe der Coccidien zugehöriges Sporozoon anzusprechen.

Litteratur.

1. *Ann. de derm. et de syph.* 1889. pag. 597.
2. *Idem.* pag. 438.
3. *Ann. de Micrograph.* 1890.
4. *Transact. Path. Soc. London.* 1890.
5. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891—1892.
6. *Idem.*
7. *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* 1891.
8. *Idem.* 1889—1890.
9. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891.
10. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891.
11. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892.
12. *Idem.* 1893.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Versammlungen.

Rückblick auf den XI. Internationalen Medizinischen Kongreſs in Rom.

Von

Dr. Ernst Heuss in Zürich.

(Fortsetzung und Schluſs.)

Gavino spricht über **radikale Heilung des Hautcarcinoms.** Sämtliche Fälle will er nach folgender Methode behandelt und geheilt haben:

℞ *Acid. nitric. fumant.* 10,0
Hydrarg. bichlor. corros. 4,0
Cart. Berzelius q. s. ad consist. syrup.

Die betreffenden Stellen werden am besten mittelst eines Wattepinsels damit bestrichen; nach 10—12 Tagen wird die Ätzung wiederholt, worauf auch der voluminöseste Tumor abfällt und die Stelle prächtig vernarbt. 100% Heilungen! Ein Tumor von 17 cm Durchmesser, dessen Operation Péan, da zu weit vorgeschritten, verweigerte, soll auf diese Weise innerhalb 18 Tagen geheilt sein.

Crocker-London: **Verschiedene Formen von Urticaria mit bleibenden Veränderungen.**

Schwimmer: **Über Anwendung des Alumnols bei der Behandlung der Gonorrhoe.** Das Alumnol hat als Adstringens und Antisepticum vor dem $AgNO_3$ den groſsen Vorzug, mit den Eiweiſskörpern keine unlösliche Verbindung einzugehen, weshalb es seine adstringierenden Eigenschaften bis in die Tiefe der Gewebe entfalten kann.

S. wandte dasselbe in zahlreichen Fällen von akuter Gonorrhoe an als wässerige, 0,5—5%ige Lösung in Form von Injektionen, Irrigationen, von Instillationen nach Guyon oder Ultzmann. Die Erfolge waren befriedigend; doch rief es bei akuter Gonorrhoe leicht Reizungserscheinungen hervor. Besser wurde es bei chronischen Fällen vertragen; immerhin dauerte die Behandlung wohl ebensolange als mit anderen Medikamenten. Sehr befriedigend waren die Resulate bei Gonorrhoe der Frauen, wenn es sich um chronische oder subakute Fälle handelte. Innerhalb 2—8 Wochen wurden die auf diese Weise behandelten Patienten sämtlich geheilt. Die Anwendung geschah in Form von Vaginalspülungen mittelst des Speculum oder mittelst Cervikaltampons.

2. Sitzung: Sonnabend, den 31. März, 9 Uhr vormittags.

Präsidenten: Lang und Schwimmer, assistiert von Campana und Majocchi.

Hauptthema: **Der gegenwärtige Stand der Lichenfrage.**

Referent: Neisser. Seine Schlufsfolgerungen sind:

1. Der Name Lichen gebührt nur einer einzigen Krankheit, dem Lichen ruber.

2. Hiervon haben wir zwei Hauptformen zu unterscheiden: den Lichen (ruber) planus Wilson und den Lichen ruber acuminatus (Hebra-Kaposi). Alle unter anderen Bezeichnungen beschriebenen Formen sind nur Modifikationen eines dieser zwei Haupttypen.

3. Die Pityriasis rubra (Devergie-Besnier) ist eine Krankheit sui generis und eine Form von Keratonosis, d. h. einer Krankheitsform, die im wesentlichen in einer Verhornungsanomalie besteht.

4. Einige lichenoide, gegenwärtig Psorospermosen genannte Affektionen müssen bis auf weiteres den Keratonosen zugezählt werden.

5. Der Lichen pilaris ist eine kongenitale Hyperkeratosis und besser mit Keratosis pilaris zu bezeichnen.

6. Der Lichen scrophulosorum ist eine papulöse, meist perifollikuläre Krankheitsform, deren tuberkulöse Natur wohl wahrscheinlich, aber bis dato nicht mit Sicherheit nachgewiesen worden ist. Einstweilen schlägt N. dafür den Namen Scrophuloderma miliare vor.

7. Der Lichen urticatus ist mit Urticaria papulosa zu bezeichnen.

8. Der Lichen syphiliticus heißt besser Syphiloderma milio-papulosum. Man darf ihn trotz des fast konstanten Vorkommens von Riesenzellen nicht als eine Mischform von Tuberkulose und Syphilis betrachten.

9. Der Lichen simplex acutus von Vidal ist mit der Prurigo Hebra in die gemeinschaftliche Gruppe der „Angiosensibilitätsneurodermien" zu placieren und besser Prurigo temporaria (Tommasoli) oder Prurigo simplex (Brocq) zu benennen. Der Lichen simplex acutus ist die einzige Lichenform der französischen Autoren, welche mit der Prurigo Hebra in eine gemeinschaftliche Gruppe gebracht werden kann. Der Name Prurigo muß für diejenigen Dermatosen reserviert bleiben, bei welchen heftiger Pruritus (Sensibilitätsneurose) mit ausgesprochener vasodilatatorischer Transsudation und entzündlichen Veränderungen der papulösen Elemente sich kombinieren. Aus dieser Klasse sind daher auszuschließen: a) die Urticaria wegen des Mangels an entzündlichen Erscheinungen; b) die verschiedenen Formen von Pruritus wegen Fehlens einer vasodilatorischen Neurose und von oberflächlichen entzündlichen Efflorescenzen.

10. Nicht in die Gruppe der Prurigo Hebra zu zählen sind daher: der Lichen simplex chronicus von Vidal (Neurodermite chronique circonscrite von Brocq), sowie der Lichen polymorphe mitis von Vidal. Diese beiden Formen bilden Entzündungsherde, welche mit Papeln beginnen (Pseudolichen von Tommasoli), die meistens konfluieren (Lichenifikation), leicht ekzematös werden (Ekzematisation) und die sehr pruriginös sind; sie sind in einer besonderen Gruppe der Ekzemklasse zu vereinigen. Die von Besnier angenommene Bezeichnung Prurigo diathésique für diese Affektionen halte ich für ungeeignet, da gerade die Prurigo eine ganz andere Krankheit ist.

11. Unter den von Vidal sub Lichen polymorphe ferox beschriebenen Fällen treffen wir teils besondere Formen des oben sub 10 erwähnten Ekzems, teils wahre Formen von Prurigo Hebra (mit schweren ekzematösen Erscheinungen).

12. Die lichenoiden Eruptionen des sog. Eccema folliculare (Malcolm Morris) sind wegen des Fehlens eigentlicher ekzematöser Erscheinungen während des ganzen Krankheitsverlaufes nicht dem Ekzem beizuzählen, sondern müssen als besondere Formen von Folliculitis angesehen werden.

13. Im Gegensatz dazu müssen wir gewisse lichenoide Dermatosen mit akuter entzündlicher Entwickelung und raschem Übergehen in infiltrierte und nässende Ekzeme als follikuläre Formen des Ekzems betrachten.

14. Natürlich giebt es Misch- und Übergangsformen bei allen oben erwähnten Typen, wie auch neue Formen, deren Klassifikation in jedem einzelnen Falle schwierig und gegenwärtig noch unmöglich ist. Behufs Klassifikation dieser Formen müssen wir folgende Umstände als Hauptkriterien betrachten: a) die Art des Pruritus in den verschiedenen Krankheitsstadien, wie auch dessen klinische Folgeerscheinungen (Sensibili-

tätsneurose); b) ob eine urtikarioide vasomotorische Transsudation besteht, welche die Art und Schnelligkeit charakterisiert, mit welcher sich sowohl die einzelnen Efflorescenzen zeigen, als auch die Hautveränderungen im ganzen; c) ob entzündliche Prozesse vorhanden sind — und in diesem Fall, ob sie essentiell und primär sind, sowohl in Bezug auf die Entwickelung als die Rückbildung der einzelnen Efflorescenzen, oder ob sie sekundär, d. h. Kratzeffekte sind.

Malcolm Morris-London (Korreferent): Mit Lichen bezeichnen wir keine Krankheit sui generis, sondern nur eine typische Efflorescenz. Den Namen Lichen sollten wir nur für die von Erasmus Wilson unter dem Namen Lichen planus beschriebene Krankheitsform gebrauchen, eine Krankheit, die dem Lichen ruber Hebra entspricht. Kaposis Lichen ruber acuminatus ist mit der Devergie-Besnierschen Krankheit id est Pityriasis rubra pilaris identisch. Die unter Lichen obtusus, hypertrophicus, verrucosus etc. beschriebenen Lichenformen sind nur Varietäten des typischen Lichen ruber planus von Hebra-Wilson. Die Symptomengruppe des Lichen ruber planus ist wahrscheinlich das Produkt verschiedener Faktoren; doch ist gegenwärtig die Pathogenese dieser Affektionen noch sehr dunkel.

Majocchi-Bologna (Korreferent): Lichen ruber mit seinen beiden Formen Lichen ruber planus und Lichen ruber acuminatus ist eine Dermatitis papulosa, die als eine typische Krankheit zu betrachten ist und einen besonderen Platz in der morphologischen Klassifikation der Dermatosen beansprucht. Die Pityriasis rubra pilaris ist eine vom Lichen ruber ganz differente Krankheit wie auch die Prurigo Hebra. Als Typus sieht er den Lichen ruber an; die anderen Formen sind atypisch und können nur den Namen einer lichenoiden Form beanspruchen.

Diskussion.

Schwimmer betont als diagnostisch wichtig die Pigmentflecken, welche nach dem Verschwinden der Lichenpapeln zurückbleiben.

Schiff macht ebenfalls auf die klinische Verschiedenheit des Lichen ruber acuminatus Kaposi und des Lichen ruber planus aufmerksam. Die Pityriasis rubra pilaris ist nach seiner Ansicht mit dem Lichen ruber acuminatus nicht zu identificieren.

Zum Schlufs der Lichendebatte betont Neisser, dafs nach den vorausgegangenen Worten die Lichenfrage von einer einheitlichen Auffassung noch weit entfernt sei, und dafs dieselbe an einem folgenden Kongrefs mit Vorteil nochmals auf die Tagesordnung gesetzt werden kann. Er selbst hatte an der Unterscheidung der Pityriasis rubra pilaris und des Lichen ruber mit seinen beiden Unterformen Lichen ruber planus und Lichen ruber acuminatus fest.

D. Savill-London: **Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis einer epidemischen Hautkrankheit.** (Erscheint in dieser Zeitschrift).

L. Friedheim-Leipzig: **Beitrag zur Kenntnis des Kreosots.** (Erschien in extenso in dieser Zeitschrift Bd. XVIII. S. 457.)

Brigidi-Genua: **Über Neurofibrome der Muskeln.**

Hallopeau-Paris: **Über die klinischen Charaktere der Mykosis fungoides.** Das Stadium der Erythrodermie wird häufig von einer länger dauernden reichlichen Abblätterung der Haut begleitet, so dafs man an das klinische Bild der Herpétides exfoliatrices erinnert wird. Auch die Planta ist oft der Sitz einer reichlichen Abschuppung, die durch Exkoriationen, Exsudation, Bildung dicker Krusten kompliciert sein kann. Manchmal führt diese Erkrankung auch zu schweren Veränderungen der Nägel, sogar zum Abfallen derselben. Gleichzeitig bilden sich zahlreiche mykotische Tumoren. Die Hautinfiltration ist oft nur durch eine derbe Induration ohne entzündliche Rötung charakterisiert, wobei eine Faltenbildung der Haut unmöglich wird.

Durch diese Hautverdickungen können die Gesichtszüge entstellt werden: Verziehen der Augenlider, Verbreiterung der Nase, Bildung eines Doppelkinns etc. sind die Folge.

Die Tumoren der Mykosis fungoides zeigen scharf umschriebene konvexe Ränder, die oft sogar umgestülpt sein können. Entsprechend der allmählichen Ausdehnung bilden sich rote entzündliche Höfe. Die zentrale Partie zeigt oft keine Abweichung vom allgemeinen Typus des Tumors; sie kann ulceriert oder unverändert, hervorspringend oder eingesunken sein. Sie kann auch vollständig sich zurückbilden und nur durch einen Flecken mit oder ohne Verdickung repräsentiert sein; oder sie kann vernarben oder gangränös werden. Gleichzeitig kann sich die periphere Partie weiter exzentrisch ausdehnen. Ulcerierte Partien sehen oft fleischig-höckerig aus, ganz ähnlich tuberkulösen Granulationen, ohne jedoch in der Struktur eine Abweichung vom histologischen Bild des Granuloma fungoides zu zeigen. Sehr häufig, gerade bei den ausgedehntesten und am meisten ulcerierten Tumoren, fehlen auffallenderweise die Drüsenschwellungen, welche bei den erythrodermen Formen konstant zu finden sind. Die Art der Entwickelung der Tumoren und besonders die Raschheit, mit der sie spurlos verschwinden können, ihre Neigung, multipel zu werden und hierbei oft enorme Gröfse zu erlangen, machen die Annahme wahrscheinlich, dafs es sich hier wohl um die Einwirkung eines infektiösen Agens handelt, das eine nur kurze Lebensdauer besitzt, dem dafür aber eine enorme Reproduktionskraft innewohnt.

Ravogli-Cincinnati trägt über **Psorospermosis cutis** vor und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Pagetsche Krankheit ist nur eine ulceröse Abart der Psorospermosis follicularis vegetans. Dieselbe ist nicht allein auf die Brust beschränkt. Erst in der Folge geht die Pagetsche Krankheit degenerative Veränderungen ein und bildet dann einen eigentlichen Hautkrebs. Die Ursache dieser Affektion besteht in einem der Gruppe der Coccidien angehörenden Sporozoum.

Neisser ist mit den Schlufsfolgerungen von Ravogli nicht ganz einverstanden. Über die Natur der sog. Parasiten bei der Pagetschen Krankheit sind wir noch vollständig im Dunkeln. Nur ausnahmsweise geht die letztere in wahres Epitheliom über. Sie mit der Psorospermosis follicularis zu identificieren, geht auch nicht an. Was diese letztere Affektion anbetrifft, so habe Neisser bei diesen „corps" die übrigens auch hier nicht häufiger als beim Carcinom nachzuweisen, nichts gefunden, was auf deren parasitäre Natur schliefsen lasse.

Ravogli selbst hat bei auf Tiere vorgenommenen Impfungen nie irgend welche positive Resultate erreicht.

Eddowes-London: **Über Behandlung des Herpes tonsurans.** (Erscheint in extenso in dieser Zeitschrift.)

Hallopeau und Jeanselme: **Beitrag zur Kenntnis der Eiterungen bei tertiären Syphilomen der Nasenhöhle.** Im Anschlufs an Gummata der Nasenhöhle können sich eiterige, nicht spezifische Entzündungen der Mucosa bilden, die sich sowohl durch ihre grofse Ausdehnung, als durch ihre Dauer auszeichnen. Manchmal breiten sie sich über die ganze Nasenhöhle und den Thränensack aus und können zur Bildung einer hartnäckigen Fistel Anlafs geben. Auch die Tuba Eustachii und das Mittelohr können ergriffen werden und zu einer Otitis media purulenta mit eiterigem Ausfluls führen. Diese Entzündungen sind wohl durch die Lues verursacht, aber nicht spezifischer Natur. Ihre Entwickelung ist unabhängig von der der gleichzeitig bestehenden Gummata. Daher übt auch eine antisyphilitische Behandlung keinen Einfluls auf sie aus; sie können fortdauern, während die spezifischen Phänomene schon längst geheilt sind. Verursacht sind diese Eiterungen durch Mikroorganismen, welche bei den syphilitischen Ulcerationen leicht eine Eingangspforte finden und sich auf diesem günstigen Boden rasch vermehren. Wegen der reichlichen Eiterung, der

Resistenz gegenüber einer spezifischen Behandlung, den Zerstörungen, mit denen diese Entzündungen einhergehen, lassen sie an Rotz denken. Erst bakteriologische Untersuchungen und Impfungen mit einer entsprechenden Behandlung klären über den Irrtum auf.

3. Sitzung: Montag, den 2. April, 9 Uhr vormittags.

Präsidenten: Neisser und Jullien, assistiert von Pellizzari und Barduzzi.

Hauptthema: **Das Ekzem und seine Natur.**

Referent Schwimmer-Budapest[1]: Unter Ekzem versteht S. eine entzündliche Erkrankung der oberflächlichen Schichten der Cutis, sowie der Stachelschicht. Die Exsudation, welche sich infolge dieses entzündlichen Prozesses entwickelt, ist die Ursache der Bildung von Efflorescenzen, wie auch der Irritation der Hautnerven, welche infolgedessen eine Ernährungsstörung im befallenen Gebiete hervorrufen. Man kann die Ursachen, welche die Entwickelung eines Ekzemes begünstigen, in drei Gruppen trennen:

1. konstitutionelle Ursachen;
2. nervöse Ursachen;
3. parasitäre Ursachen.

Das bunte klinische Bild, das wir beim Ekzem beobachten, die so verschiedenen anatomischen Prozesse, die daraus resultieren, die mannigfaltigen Ursachen, welche dasselbe hervorrufen können, die ungleiche Dauer der Krankheit selbst belehren uns, daſs wir beim Ekzem mit einer Summe von Momenten rechnen müssen, die uns kein einheitliches Kriterium über die Natur des Leidens erlauben. Soweit wir auf Grund von Beobachtungen und Erfahrungsthatsachen uns ein Urteil erlauben dürfen, ist die Ursache des Ekzems an eine individuelle Disposition gebunden, welche weder von einer mangelhaften noch einer übermäſsigen Ernährung des Körpers abhängig ist. Das krankheiterzeugende Moment ist uns vollständig unbekannt; möglicherweise liegt es in der Haut selbst und entwickelt sich in diesem Falle auf einen Impuls hin, der von einer nervösen Störung ausgeht. Was wir vom Ekzem gegenwärtig wissen, bezieht sich auf anatomische und klinische Veränderungen. Blutuntersuchungen gaben uns keine Aufklärung über die Natur des Ekzems. Alle Beobachtungen und Erfahrungen führen darauf hin, das Ekzem als eine lokale Ernährungsstörung aufzufassen.

Breda-Padua (Korreferent): Es ist vor allem notwendig, genau zu bezeichnen, was man unter Ekzem versteht, um nicht unnütz zu diskutieren.

Vom Ekzem abgetrennt müssen werden: das Erythrasma, das Eccema marginatum, die Staphylococcia von Wickham, die Pagetsche Krankheit, die Dysidrosis, die Mykosis fungoides in ihrem ersten Stadium, die Hauttuberkulose jedes Stadiums und jeder Erscheinungsform, die Dermiten mit sicher nervösem Ursprung, die Keratodermien inklusive auch die ganz ausgebreiteten Keratodermiten, die Ekzematisation im Sinne von Brocq und Jacquet.

Das Eccema seborrhoicum von Unna, das auch akut und auf drüsenfreien Hautpartien (Dubreuihl) sich entwickeln kann, und welches, wenigstens in seinen beiden ersten Stadien, mit dem Ekzem, soviel man im allgemeinem davon versteht, nichts gemeinsam hat, scheint uns einen besonderen Platz zu verdienen. Wenn man unter Ekzem versteht eine oberflächliche Hautentzündung (Enchydermatitis), die nicht kontagiös, polymorph, pruriginös, meist von chronischem Verlauf ist, Neigung zu weiterer Ausbreitung zeigt, gewöhnlich auf innere Ursachen zurückzuführen ist, die leicht recidiviert und nie Narben zurückläſst, dann sehen wir nicht ein, warum alles, was die Theorien von Herpetismus und Arthritismus besagten, zu verwerfen sei. Die Auffassung und der experimentelle Nachweis (Urämie) von Gigot-Suard und von

[1] S. auch das Autoreferat von Schwimmer S. 108.

Quinquaud haben für uns mehr Bestechendes, als die Lehre vom Parasitismus. Die hereditären oder erworbenen Dispositionen, eine besondere Neigung zu trophischen Störungen, wie auch eine gewisse der Haut innewohnende Vulnerabilität, sowohl gegenüber den inneren Organen, als auch deren Ausscheidungsprodukten, das mannigfaltige Ausscheidungsvermögen der verschiedenen Sekretionsorgane und ihr gestörtes funktionelles Verhältnis zu einander, das ist die Grundlage, auf der in Zukunft die Biochemie und die Physiopathologie die Ätiologie der Krankheit aufzubauen haben.

Die Innervation spielt eine überaus wichtige Rolle in der Genese des Ekzems, mag dasselbe auch durch äufsere Ursachen entstanden sein. Immerhin waren äufsere Reize, die wir auf Hautpartien einwirken liefsen, deren Innervation auf die verschiedenste Weise gestört worden war, nicht im stande, ein Ekzem zu erzeugen, wie wir es doch durch Rubefacientien etc. in gewissen Fällen hervorrufen können. Eine ableitende Medikation giebt beim Ekzem meist günstige therapeutische Resultate.

Diskussion.

De Matteis-Turin gelang es 1888, einen Micrococcus zu züchten, der, auf die Haut eines Kindes verimpft, ein impetiginöses Ekzem hervorrief; er hält daher das Ekzem parasitären Ursprungs.

Pellizari-Florenz ist mit de Matteis nicht ganz gleicher Ansicht. Mit Sicherheit sei ein pathogener Ekzembacillus noch nicht nachgewiesen worden. Dann macht Redner auf die Notwendigkeit aufmerksam, die Impetigo contagiosa vom Eccema pustulosum scharf zu scheiden. Letztere Form ist wohl das Resultat einer Sekundärinfektion mit pyogenen Mikroorganismen. Dies ist um so wahrscheinlicher, als die ekzematöse Haut ein überaus günstiges Terrain für das Wachstum von Mikroorganismen bietet. Mit Schwimmer legt P. dem Nervensystem die gröfste Wichtigkeit bei. Oft handelt es sich um eine einfache vorübergehende Störung, oft um länger andauernde Alterationen. Beide sind von den verschiedensten ätiologischen Faktoren abhängig, nicht zuletzt von den mannigfachen Intoxikationen, die in gestörtem Stoffwechsel ihre Ursache haben.

Kaposi-Wien: Bei der Entstehung des Ekzems, welches er für eine Hautentzündung mit typischem Verlaufe ansieht, mufs man die verschiedensten ätiologischen Momente in Berücksichtigung ziehen (chemische Einflüsse, Kälte, Wärme, allgemeine Störungen etc.); K. glaubt, man dürfe nicht von spezifischen Ursachen sprechen. Das Eccema seborrhoicum sei übrigens schon von Hebra beschrieben.

Neisser-Breslau glaubt, die Schwierigkeit einer Verständigung bestehe darin, weil man darüber nicht einig sei, was man Ekzem nennen soll, ob man eine Affection eczémateuse oder eine bestimmte Krankheit, eine Maladie eczémateuse, unterscheiden soll. N. hält letzteres zur Zeit für unmöglich, weil weder klinisch noch ätiologisch genügend sichere Symptome vorliegen. Auch Unnas Morokokken kann er nicht anerkennen.

Vom Eccema seborrhoicum glaubt er, dafs weder es ein Ekzem ist, noch dafs es sichere und typische Beziehungen zum Ekzem hat, noch hält er alles das für diese Erkrankung, was Unna so nennt. Aber soviel ist sicher, dafs Unna eine bestimmte Hauterkrankungsform mit Recht besser fixiert hat, als das früher der Fall war. Neisser hält diese Krankheit für eine eigenartige Mykosis, die allerdings leichter ekzematös werden kann, als andere und verwandte Krankheiten, z. B. Psoriasis. Als Ursachen des Ekzems anerkennt N. gegenwärtig nur äufsere Ursachen; alles anderen, die sog. allgemeinen Ursachen (Anämie, Nervosität etc.) bezeichnet er nur als Hülfsursachen, als begleitende, komplicierende Momente. Die äufseren Ursachen des Ekzems sind so mannigfach, wie die der Entzündung.

Das impetiginöse Ekzem betrachtet N. als eine Mischinfektion mit Staphylo-

kokken, das aber mit Impetigo contagiosa nichts zu thun habe. Letzteres ist eine infektiöse Epidermolysis, verursacht durch einen noch unbekannten Infektionserreger, eine spezifische Infektion der Haut. Die Ausscheidung chemischer Stoffe durch die Haut, z. B. als Ersatz für die Niere, kann N. nicht als Ursache des Ekzems anerkennen.

Wastraszewski-Warschau befindet sich im Widerspruch mit Neisser, der gewissen konstitutionellen Einflüssen und Diathesen, z. B. den Störungen von seiten der Nieren, allen und jeglichen Einfluſs auf Entstehung von Ekzem abspricht. Häufig beobachten wir bei Scrophulosis, Chlorosis, Leukämie, Dysmenorrhoe ekzematöse Formen, welche jeder Lokalbehandlung spotten und welche erst dann heilen, wenn auch das Allgemeinbefinden sich gebessert hat.

Petersen-Petersburg schlieſst sich dem Vorredner an und ist der Ansicht, daſs die Erkrankungen der inneren Organe (Lungen, Nieren) die Lebenskraft der Haut modificieren und also zu ekzematösen Ausbrüchen Anlaſs geben können.

Barlow-München: Trotzdem das Entstehen von Ekzem aus inneren Ursachen nicht strikte bewiesen werden könne, gebe es immerhin klinische Momente, welche diese Idee acceptabel machten; z. B. beim Diabetes, wo man direkte Beziehungen zwischen dem Verschwinden von Zucker im Harn und dem Rückgange der Hauteruption beobachte. Eine sichere Entscheidung über die Natur des Ekzems hält er verfrüht.

Schwimmer-Budapest kann die Idee von der parasitären Ursache des Ekzems nicht annehmen. Groſse Wichtigkeit ist der individuellen Disposition beizulegen, ohne welche die äuſseren Agentien kein Ekzem hervorrufen könnten. Auch glaubt er, daſs der nervöse Einfluſs zum groſsen Teil aufrecht erhalten werden müsse, auch wenn es oft unmöglich sei, anatomische Veränderungen in den Nerven nachzuweisen.

Breda-Padua betont, daſs die äuſseren Momente für sich allein nicht fähig seien, bei allen Individuen Ekzem hervorzurufen.

Ravogli-Cincinnati führt zum Beweis, daſs Ekzem kontagiös sein könne, einige klinische Fälle an. Ebenso ergaben Impfungen von Staphylococcus pyogenes aureus auf Ohrmuscheln von Kaninchen, die vorher mit Oleum crotonis irritiert worden, positive Resultate.

Kaposi-Wien berichtet an Hand von einigen Moulages im Namen seines Assistenten Dr. Spiegler über einen seltenen Fall **von multipeln Tumoren** der Kopfhaut. Dieselben hatten die Gröſse einer Baumnuſs bis zu der einer Orange. Ähnliche Tumoren saſsen auf dem Rücken neben einigen Fibroma mollusca. Die Tochter des Patienten zeigte seit einem Jahre gleiche Geschwülste. Es handelt sich nach Paltauf um ein Perithelioma.

Von der Diskussion machten Campana, Majocchi, Crocker und Thin Gebrauch.

Darauf berichtet Breda-Padua über ein **seltenes**, durch Vernachlässigung entstandenes **Leiden der Zungenwurzel**, bestehend in einer akuten Entzündung des adenoiden Gewebes. Diese wenig bekannte Affektion, welche akut verläuft, verlangt eine rasche und energische Behandlung.

Verchère: **Über syphilitische Imprägnation; Syphilis d'emblée.** Gewöhnlich nimmt man an, daſs die Syphilis immer mit einem Schanker beginnt oder, wenn man ihn nicht mehr findet, daſs derselbe eben nicht beachtet worden sei. Dieses Raisonnement ist in seiner Allgemeinheit unrichtig. V. citiert drei Fälle, bei denen es ihm trotz der gröſsten Sorgfalt nicht gelang, einen Schanker nachzuweisen. Der einzig mögliche Infektionsweg in diesen drei Fällen war der Uterus durch Kontakt mit dem Sperma; doch haben wiederholte gewissenhafte Untersuchungen keinen uterinen Schanker entdecken lassen. Die Infektion war also durch direkte Imprägnation erfolgt, wie sie auch Zeissl annimmt. Diese Imprägnation erklärt die zahlreichen Fälle von

latenter, von ignorierter Syphilis, wo man tertiäre Symptome bei Leuten nachweisen kann, die sich stets mit der gröfsten Sorgfalt untersucht haben. Dieselben sind erstaunt, wenn man ihnen mitteilt, dafs sie an Lues litten, obwohl sie früher doch nie das geringste Symptom bemerkten.

Padula fragt Verchère, ob die Infektion in diesen Fällen nicht vielleicht von der Zunge, den Mandeln etc. ausgegangen sei.

Verchère hat auf diesen Punkt seine Patienten des genauesten untersucht und nie etwas gefunden. Aufserdem hält er es fast als unmöglich, dafs ein Schanker der Mundhöhle oder des Pharynx unbeachtet bleibe, zumal wegen der gewaltigen und schmerzhaften Drüsenschwellungen der betreffenden Partien.

Ducrey und Reale-Neapel: **Experimentelle Untersuchungen über Pityriasis versicolor und Erythrasma**; Züchtungsversuche des Microsporon furfur und des Microsporon minutissimum. Schon in einer früheren Arbeit hatten sie mitgeteilt, dafs es auf besonderen Nährböden möglich sei, aus Schuppen von Erythrasma Reinkulturen von Pilzen zu erhalten, die aus überaus kleinen Sporen mit sehr feinen Mycelfäden beständen, und die in ihrem Aussehen und Verhalten genau dem Microsporon minutissimum entsprächen. Überdies führte das Studium der Wachstumsverhältnisse dieses Pilzes dazu, drei Varietäten, die sie mit Microsporon minutissimum *a*, *b* und *c* bezeichneten, zu unterscheiden. Weitere Untersuchungen haben nun diese Befunde vollkommen bestätigt. Allein der Pilz *a* zeigte auf der Höhe seiner Entwickelung, besonders wenn man ihn auf Kartoffeln züchtete, statt der grauen Farbe mehr eine helle, zimmetfarbene Tinktion. Ebenso erhielten Referenten die nämlichen drei Pilze in Reinkulturen aus Schüppchen, die von den betreffenden Individuen an gesunden Hautpartien entnommen worden, ganz wie es ihnen auch bei Pityriasis versicolor gelungen war. Häufiger erhielten sie Kulturen, wenn sie die Schuppen der Inguino-Skrotalgegend entnahmen. Anläfslich dieser Untersuchungen liefs sich eine weitere Modifikation im Wachstum feststellen, wobei die Kultur, besonders auf Kartoffeln, eine ausgesprochene Rotfärbung zeigte und einem trockenen, grobkörnigen Teigklümpchen glich. Dafs es sich hier um einfache, vorübergehende Modifikationen und nicht um neue Pilzarten handelte, konnte durch lang fortgesetzte Überimpfungen auf die verschiedensten Nährböden mit Sicherheit festgestellt werden. Wiederholte Impfversuche auf den Menschen mit frisch gewonnenen Kulturen fielen negativ aus. Die beiden Autoren sind daher der Ansicht, dafs der Pilz des Erythrasmas auf der Haut des Menschen vorkommen könne, ohne zu objektiv nachweisbaren Erscheinungen zu führen. Zu einem reichlichen Wachstum, zum Auftreten jener unter dem Namen Erythrasma bekannten klinischen Erscheinungsform gehören spezielle, nicht leicht herstellbare Bedingungen, wie Licht, Feuchtigkeit, gewisse Zersetzungsvorgänge der Haut etc.

Die Redner demonstrieren eine reiche Sammlung einschlägiger Präparate und Kulturen.

Giovannini-Turin: **Über die histologischen Veränderungen nach elektrolytischer Depilation.** An der Hand einiger hübscher Photographien weist Redner nach, dafs durch Elektrolyse entweder sofort der unterste Teil des Haarfollikels zerstört oder wenigstens so alteriert wird, dafs er allmählich zu Grunde geht. Auch in einer gewissen Entfernung von der Nadel kann man noch eine Einwirkung derselben beobachten. Ein Teil des Follikels bleibt offen und bedeckt sich mit Epidermis. Die Talgdrüsen gehen entweder vollständig zu Grunde, oder das Epithel derselben wandelt sich in feste Epidermis um. Die Knäueldrüsen gehen die mannigfaltigsen Veränderungen ein, von welchen die Verdickung der Membrana propria am meisten bemerkenswert ist.

Über Behandlung der Psoriasis mit grofsen Dosen von Jodkalium spricht Cerchez-Berlad (Rumänien). Er verfügt über ein Beobachtungsmaterial von 19 Fällen, die mit Dosen bis zu 20,0 g Jodkalium pro die behandelt wurden. Hiervon wurden 17 geheilt.

Ciarrocchi-Rom hat in einem Falle von Psoriasis sogar bis 100 g Jodkalium gegeben. Nach 30tägiger Behandlung sah er die Affektion verschwinden; ein Recidiv trat erst nach fünf Jahren ein. Wohl werden unter dieser Behandlung die Krankheitserscheinungen zum Verschwinden gebracht, nicht aber die Krankheit selbst.

Barduzzi-Siena stimmt mit der Ansicht Ciarrocchis über den nur temporären Erfolg der Jodkalibehandlung überein.

De Amicis-Neapel wandte das Kalium jodatum ebenfalls in einigen Fällen von Psoriasis an, allerdings in Dosen von höchstens 10,0 g pro die. Heilung sah er nie; jedenfalls mufs der Fall lange unter Aufsicht behalten worden sein, bevor man von Heilung spricht.

Breda ist ebenfalls der Ansicht, dafs Jodkalium nur momentan helfe.

Bertarelli-Milano stieg in einigen Fällen bis zu 30 g Jodkalium pro die, mufste dann wegen heftigen Magendarmstörungen mit dem Mittel aussetzen, ohne eine Verbesserung beobachtet zu haben.

4. Sitzung: Dienstag, den 3. April, 9 Uhr vormittags.

Präsidenten: Petersen und Tommasoli.

Hauptthema: **Die dem primitiven, idiopathischen, multiplen Hautsarkom beizumessende Bedeutung und dessen Nomenklatur.**

Referent Kaposi: **Über das Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum.** Die erste Beschreibung datiert vom Referenten aus den Jahren 1870—72. Darin machte er besonders auf das fast konstante Auftreten dieser Krankheit über den Gelenken, speziell dem Hand-, noch mehr dem Fufsgelenk, aufmerksam, von wo sich die Krankheit auf die übrige Körperoberfläche, später auch auf die inneren Organe ausdehnt, stets letal verlaufend. Eine Arbeit von de Amicis, der über ein Beobachtungsmaterial von zwölf Fällen verfügte, bestätigte voll und ganz seine Befunde.

In der allerersten Zeit ihres Auftretens besteht die Erkrankung aus mehr oder weniger lang dauernden, bald einzeln, bald in Gruppen zusammenstehenden roten, später blau- bis braunroten Flecken, die, über den Gelenken sitzend, deutliche Infiltration zeigen und oft ziemlich schmerzhaft sind. Die Infiltration ist auf eine Anhäufung von Fibrin in den Gewebsmaschen der Cutis zurückzuführen, das von den häufigen interstitiellen Blutungen stammt, infolge welcher der Tumor auch bald seine bekannte schwarze Färbung, seine Derbheit annimmt. Auf diese Punkte hat besonders de Amicis in seiner Monographie aufmerksam gemacht. Der histologische Charakter dieser Affektion besteht in einer Rund- und Spindelzelleninfiltration. Im Verein mit der charakteristischen Entwickelung, dem klinischen Verlauf bildet diese Affektion eine wohldefinierte, typische Krankheitsform, die dem Sarkom zuzuzählen wir vollauf berechtigt sind. Wohl wird hie und da eine spontane Rückbildung der einzelnen Tumoren, Atrophie, Vernarbung, beobachtet, doch ist im übrigen die Ähnlichkeit mit Mykosis fungoides nicht grofs. Auch mit denjenigen Autoren kann sich K. nicht einverstanden erklären, welche dieses Sarkom zwischen die Lymphadenia cutanea und die pseudoleukämischen Tumoren eingereiht wissen wollen, obwohl die Betreffenden die grofse Ähnlichkeit dieser Affektionen mit dem Sarkom zugeben. Kaposi hat alle diese Tumoren, die er den leukämischen Tumoren sehr verwandt hält, in einer gemeinschaftlichen Gruppe, den „sarkoiden Geschwülsten", untergebracht.

Abzutrennen sind ferner gewisse Pigmentsarkome, die sich auf Naevi pigmentosi

entwickeln oder Hautmetastasen von Sarkomen innerer Organe bilden. Diese sind im Verlaufe und Entwickelung ganz verschieden von unserem Sarcoma idiopathicum. Schlecht gewählt ist das Epitheton „pigmentosum" gegenüber melanotischen Sarkomen, wo das Pigment hämorrhagischen Ursprungs sein kann, aber auch metabolischer Natur, d. h. durch Zellthätigkeit direkt hervorgegangen ist. Bei dem Sarcoma idiopathicum aber ist die Pigmentation stets hämorrhagischen Ursprunges, eine unmittelbare Folge der schon besprochenen kleinen interstitiellen Hämorrhagien. K. schlägt daher für diese Affektion den Namen Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum vor.

Diskussion.

Majocchi-Bologna bittet Kaposi um Auskunft, ob sich bei den Sarkomknoten an den verschiedenen Körperpartien stets eine Pigmentation nachweisen lasse, ob es nicht solche Neubildungen gebe ohne Pigmentation, wie bei der wahren Mykosis fungoides. Was die Natur dieser Sarkome betreffe, so hält M. dafür, soweit zu schliefsen sei aus den klinischen Charakteren, dem raschen Auftreten von pigmentierten Flecken, von neoplastischen Neubildungen, nicht zu vergessen der Rückbildung durch Atrophie, dafs diese Tumoren nicht sarkomatöser Natur, im Sinne eines Neoplasmas, wie es die Pathologen verstehen, sondern als Granulome infektiöser Natur aufzufassen seien. Die Unterscheidung von Sarkomen und Sarkoiden hält er für sehr glücklich.

Pellizzari-Florenz hält, trotzdem er über keine eigenen Beobachtungen verfügt, und er sich nur auf das Untersuchungsresultat einiger Präparate stützen kann nach der histologischen Struktur zu urteilen, diese Neubildung eher für ein Granulom, als für ein Sarkom, für welche Annahme auch die berichteten günstigen Resultate mit Arsen sprächen.

De Amicis-Neapel berichtet über 19 weitere Fälle von Sarcoma multiplex, die er auf seiner Klinik beobachtet. Hiervon war einer nicht pigmentiert, ein anderer melanotisch. Auch er hält an der schon von Köbner gegebenen Bezeichnung Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum fest. Die Affektion ist nach ihrem klinischen Charakter vollständig von der Mykosis fungoides, sowie anderen neoplastischen Leiden der Haut zu trennen. Der anatomische Charakter läfst sie eher den Sarcoiden als den gewöhnlichen Formen des Granuloms einreihen. Therapeutisch empfiehlt A. subkutane Injektionen von Arsenik. Von elf also behandelten Fällen zeigten fünf keine Veränderung, zwei eine leichte Besserung, während bei vier Individuen sich insofern eine günstige Einwirkung nachweisen liefs, als die Krankheit wenigstens einen zeitweisen Stillstand zeigte.

Kaposi schliefst die Diskussion mit der Bemerkung, dafs er diese Krankheit mehr vom klinischen, als vom anatomisch-pathologischen Standpunkte aus betrachtet habe, und dafs für den vorgeschlagenen Namen besonders noch der schwere Verlauf in Betracht gefallen sei.

2. Hauptthema: **Die Natur des weichen Schankers.**

Finger (Referat) betrachtet das Ulcus molle als einen lokalen entzündlichen Prozefs, der von den verschiedensten pyogenen Mikroorganismen verursacht werden kann. Der Schankerbacillus von Ducrey-Unna bildet nur eine Art derselben. Diese seine Überzeugung zieht er aus folgenden Betrachtungen: es ist möglich, mit Eiter, der den verschiedensten Quellen entstammt, Geschwüre zu erhalten, die weiter überimpfbar sind. Dann sieht man unter günstigen Bedingungen nach Kontinuitätstrennung auch auf autochthonem Wege Geschwüre entstehen, die von Ulcera mollia nicht zu unterscheiden sind, so z. B. auf dem Boden einer vernachlässigten Balanitis, nach vernachlässigten traumatischen Läsionen der Genitalien, eines Herpes etc.

Diese Thatsachen könnten bei Annahme einer einzigen Ursache, eines einzigen

Schankerbacillus darin ihre Erklärung finden, dafs der Bacillus eben sehr verbreitet, ubiquitär sei, dafs er auch saprophytisch leben könne, und dafs derselbe, sobald er bei irgend einer Affektion der Genitalien in die Haut eindringe, eine spezifische Läsion mit infektiösem Eiter verursache. Ungezwungener aber ist die Annahme, dafs neben dem Ducrey-Unnaschen Bacillus noch diverse andere pyogene Mikroorganismen im stande sind, dem Eiter den Charakter der Infektiosität zu verleihen. Hierzu würden gehören neben dem Staphylococcus pyogenes aureus noch der Coccus von de Luca, der Streptococcus von Gibert, der Diplococcus und der Streptococcus von Welander.

Ducrey-Neapel (referiert aus *Rif. med.*) sucht durch eine Reihe von Gründen die Ansicht Fingers zu widerlegen. Zahlreiche Argumente führt er ins Feld, um zu beweisen, dafs die Annahme, bei diesen Kontinuitätstrennungen, die oft durch Inokulation mit Eiter der verschiedensten Provenienz entstanden, handle es sich wirklich um Ulcera mollia, vor einer strengen Kritik nicht standhalte. Vor allem fehlt hier der für Ulcus molle so charakteristische progressive nekrobiotische Prozefs, sowie die ausgesprochene Kontagiosität des Sekretes, welches, auf die Nachbarschaft überfliefsend, mit der gröfsten Leichtigkeit und meist in grofser Anzahl neue Schanker erzeugt; es fehlt jene so auffallende Tendenz zum Zerfall, welche so häufig, um demselben Einhalt zu thun, den Gebrauch energischer Caustica nötig macht. Wie verschieden ist nicht eine Scabiespustel, eine Aknepustel von einem Ulcus molle! Zugegeben, dafs bei einer oberflächlichen klinischen Untersuchung diese so verschiedenen Affektionen einander höchst ähnlich sehen können, hat man deswegen das Recht, dieselben ohne weiteres in den gleichen Topf zu thun, ohne vorher zu genaueren Untersuchungsmitteln gegriffen zu haben? Wem fällt es heutzutage noch ein, eine Urethritis gonorrhoica mit einem gewöhnlichen Urethralkatarrh zu identificieren, einzig, weil beide Prozesse eine oberflächliche klinische Ähnlichkeit miteinander haben? Bei einem gewöhnlichen Abscefs, wo man unter anderen pyogenen Mikroorganismen nicht selten auch den Staphylococcus pyogenes aureus findet, genügen gewöhnlich einfache antiseptische Spülungen, um die Abscefshöhle in kürzester Zeit mit gesunden Granulationen sie bedecken und rasche Heilung eintreten zu sehen. Macht man aber das Experiment, nach Incision des Abscesses die Höhle mit einem echten Ulcus molle entstammendem Eiter zu impfen, so ändert sich in kurzem das Bild: ein nekrobiotischer Prozefs stellt sich ein: die Ränder des Geschwürs werden zackig, unterminiert, der Grund mifsfarbig. Augenscheinlich ist zu den gewöhnlichen Eiterbacillen des Abscesses ein neues Etwas mit ganz besonderen Eigenschaften hinzugekommen, und dieses Etwas ist eben genau jener spezifische Bacillus des Ulcus molle. Nachdem Ducrey noch kurz auf sein Züchtungsverfahren zu sprechen gekommen, wie wir dasselbe aus seinen früheren Arbeiten kennen, läfst er die zahlreichen Autoren Revue passieren, die seine Entdeckung bestätigt haben.

Darauf berichtet Ducrey kurz über die Resultate, die er anläfslich einer Reihe neuer Versuche erhalten. Er impfte successive auf die menschliche Haut von charakteristischen Ulcera mollia ab, weniger, um reines Schankersekret und Material zu Impfungen auf künstlichen Nährböden zu sammeln, als um durch nachfolgende Excision aller dieser Impfschanker Material zur Untersuchung des Bacillus im Gewebe selbst zu erhalten, das ihm überdies noch zu vergleichenden Studien Anlafs gab. Auf diese Weise konnte sich Ducrey mit Sicherheit überzeugen, dafs sein 1889 im Sekret gefundener Bacillus mit demjenigen von Unna im Gewebe entdeckten vollkommen identisch sei. Schon der Umstand spricht gewaltig für diese Auffassung, dafs man in Ulcera mollia, die durch fortgesetzte Impfung erhalten und so „gereinigt" werden, nur eine einzige Bakteriengattung nachweisen kann. Überdies zeigen beide Bacillen

grofse Affinität für Anilinfarben; ebenfalls entfärben sich beide nach der Methode von Gram. Die von Unna beobachtete eigentümliche kettenförmige Anordnung der Bacillen im Gewebe läfst sich manchmal auch im Sekrete deutlich konstatieren. — Auch die allerneuesten Kulturversuche fielen negativ aus. Dennoch hält Redner an der Spezifität seines Bacillus als Urheber des Ulcus molle fest, und zwar erstens, weil man den Bacillus konstant, reichlich und auch in der Tiefe des Schankergewebes findet; zweitens, weil man ihn bis jetzt bei keinen anderen Krankheiten nachweisen konnte. Seine Schlufsfolgerungen sind:

1. Das Ulcus simplex contagiosum mufs betrachtet werden als eine scharf umschriebene lokale Krankheit, verursacht durch einen spezifischen Mikroorganismus.

2. Dieser Mikroorganismus ist der Ende 1889 von Ducrey im Schankersekret entdeckte Bacillus.

Diskussion.

Campana-Rom kann sich trotzdem nicht von der Spezifität des Ulcus molle überzeugen. Auch die Mikroorganismen der Sepsis (!) können Ulcus molle hervorrufen.

Petersen-Petersburg: Es ist überaus wichtig, dafs drei voneinander vollständig unabhängige Forscher, Ducrey, Kerpting und ich, selbst beim Ulcus molle ein und denselben Bacillus gefunden haben, der für diese Affektion als ebenso pathogen betrachtet werden mufs, wie der Gonococcus Neisser bei der Blennorrhagie.

Tommasoli-Modena kann die Schlufsfolgerungen Ducreys nicht ganz anerkennen. Ducrey behauptet, der Bacillus des Ulcus molle verhalte sich zu den anderen Geschwüre erzeugenden Mikroorganismen (von Luca, Gibert, Welander etc.), wie der Gonococcus Neisser zu den verschiedenen anderen Eitermikroorganismen der Schleimhaut. Aber gerade bei der Blennorrhagie verhalte es sich anders: sei der Gonococcus gewifs einer ihrer Urheber, so sei es doch nicht bestimmt, ob er der einzige sei. Überdies habe man den Gonococcus schon gezüchtet und durch Überimpfung blennorrhagische Entzündungen erhalten, während man mit dem Bacillus des weichen Schankers noch nicht so weit sei.

Pellizzari-Florenz ist ebenso über das Vorgehen Tommasolis erstaunt, den Namen „Blennorrhagie" für Urethralkatarrhe nichtgonorrhoischen Ursprunges zu brauchen, wie über das Campanas, der die Bezeichnung Sepsis für lokale Eiterungen anwendet. Auch nach seiner Erfahrung giebt es lokale Eiterprozesse, verursacht durch die verschiedensten Mikroorganismen, welche mit dem Ulcus venereum die gröfste Ähnlichkeit zeigen, wie auch erstere aufserordentlich infektiös sein können. Aber gerade deswegen glaubt er, beim Ulcus venereum die Möglichkeit der Symbiose eines spezifischen Bacillus mit anderen Eiterorganismen mit Sicherheit nicht ausschliefsen zu können.

Majocchi-Bologna erklärt sich als einen der Bekehrten, die an die Spezifität des Ulcus molle glauben. Unzweifelhaft gebe es neben dem überaus kontagiösen Ulcus molle ulceröse nicht spezifische Formen von viel gutartigerem Verlauf. Die Inokulation des Ulcus molle-Bacillus auf den Menschen selbst sei für ihn vollständig bewiesen, sowohl wegen der konstanten Gegenwart, als auch der grofsen Anzahl dieser Bacillen auf sämtlichen geimpften Partien.

Ozenne teilt einen Fall von **cerebralem Syphilom, kompliciert mit Glykosurie**, bei einem Arthritiker mit. Bei einem 42jährigen, schon seit langem an arthritischen Erscheinungen leidenden Manne traten plötzlich Symptome (Strabismus, Diplopie etc.) auf, die auf das Vorhandensein einer spezifischen Hirnaffektion schliefsen liefsen. Gleichzeitig liefs sich im Urin Zucker nachweisen. Da die Erscheinungen eher auf eine Syphilis, als auf Glykosurie zurückzuführen schienen, erhielt Patient

täglich 4 g Jodkalium und überdies eine Einreibung mit grauer Salbe. Doch trat erst mit einer gleichzeitigen antidiabetischen Medikation rasche Besserung ein; nach Verlauf von zwei Monaten war auch der Strabismus fast vollständig verschwunden. Nach sechs Monaten trat ein Recidiv von Glykosurie auf. Dasselbe schwand erst, als zur antidiabetischen Behandlung auch eine spezifische Kur eingeleitet wurde. Daraus schliefst O. auf eine doppelte Causa peccans, auf gleichzeitiges Bestehen von Syphilis und Diabetes.

Jullien-Paris erwähnt als Pendant einen Fall von **Syphilis, kompliciert mit Diabetes insipidus.** Es handelte sich um eine 40jährige Frau, die täglich bis zu 17 l Urin secernierte. Daneben zeigten sich schwere Lungenerscheinungen, ohne dafs der Nachweis von Tuberkelbacillen gelungen wäre. Da die Patientin vor 20 Jahren an Syphilis gelitten hatte, so wurde eine Kalomelspritzkur insceniert, worauf die Polyurie innerhalb weniger Tage zurückging. Einige Wochen darauf starb die Frau an Lungenkachexie. Die Autopsie ergab ein Gumma am Boden des vierten Ventrikels. J. glaubt, dafs manche Fälle von Diabetes insipidus, wo die Untersuchung auf Erkrankung des Nervensystems unbefriedigend ausfalle, mit Syphilis in Verbindung zu bringen seien, und rät daher in diesen Fällen zu einer zeitigen und energischen Kur.

Corlett-Cleveland: **Die Kälte als ätiologischer Faktor bei Hautkrankheiten.**

Levi-Genua: **Beitrag zur Ätiologie der verrukösen und hornartigen Neubildungen.**

Titomanlio-Neapel: **Verbreitung der Syphilis in Italien seit Bestehen der Sanitätsreglements.**

Hauc: **Über Enuresis nocturna.**

Oro-Neapel berichtet über seine **klinischen histologischen und bakteriologischen Untersuchungen bei Sklerodermie.** Auf der Klinik von Prof. de Amicis bot sich ihm Gelegenheit, vier Fälle von Sklerodermie zu untersuchen. Die Unterscheidung von drei Perioden: einer ödematösen, einer sklerosierenden und einer atrophischen Periode hat sich ihm als zweckmäfsig erwiesen. Auch die histologischen Befunde lassen sich damit leicht in Einklang bringen: in der ersten Periode, wo das Hypoderm noch normal ist, sind die Lymphgefäfse des Coriums dilatiert, ihre Umgebung mit ausgewanderten Leukocyten besetzt. In der zweiten Periode läfst sich eine starke Wucherung des elastischen Gewebes, Endo- und Periarteritis nachweisen, die sogar zum Verschlufs des Gefäfslumens führen kann. Zuletzt stellt sich neben Veränderungen der Oberhaut (Ablagerung von Pigment etc.) eine allgemeine Atrophie der Hautdrüsen, der Haarfollikel, der Nervenendigungen ein, alles Veränderungen, die Oro auf die abnorme Proliferation des elastischen Gewebes und die gehinderte Cirkulation zurückführt. Die bakteriologischen Untersuchungen auch des Blutes fielen negativ aus. Die Untersuchung auf eosinophile Zellen ergab eine starke Vermehrung. Obwohl die Untersuchungen des Nervensystems bei diesen Krankheiten bis dato ziemlich resultatlos geblieben, ist O. doch der Ansicht, dafs es sich bei Sklerodermie mit der gröfsten Wahrscheinlichkeit um Veränderungen im Rückenmark handeln dürfte, dafs die Sklerodermie gleich anderen Dermatosen (Lichen planus Wilson, Dermatitis exfoliativa) als eine Trophoneurosis aufzufassen sei.

O. zeigt einige Abbildungen dieser Fälle, sowie zahlreiche mikroskopische Präparate.

Zinaida-Petersburg spricht **über die Prostitution am Markt von Nijni Novgorod.**

Petersen-Petersburg: **Über Nomenklatur der Syphilide.**

De Amicis-Neapel berichtet über zwei neue Fälle von **Xeroderma pigmentosum.** Es sind dies der zweite und dritte der aus Italien bekannt gewordenen, der 59. und 60. der Litteratur überhaupt. Es betrifft zwei Knaben von vier und sechs Jahren aus

der gleichen Familie, von gesunden Eltern stammend. Die Affektion hat schon im ersten Jahre ihren Anfang genommen als Pigmentflecke, Telangiektasien, atrophische farblose Stellen, Gesicht, Hals, Vorderarme und Hände befallend. Die Neubildungen begannen im fünften, resp. dritten Jahre. Aufserdem wurde beobachtet eine Auftreibung der Epiphysen an den Fingergelenken und Malleolen, bei einem Kinde ein Acne molluscum des Gesichtes. Das Allgemeinbefinden war im ganzen wenig gestört. Aus dem negativen Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung, der mikroskopischen Untersuchung der granulomartigen und epithelialen Neubildungen zieht DE AMICIS die Schlufsfolgerung, dafs diese Krankheit als eine kongenitale Ernährungsstörung der Haut von unbekannter Ursache, doch weder als Folgezustand eines äufseren Reizes, noch von Parasiten aufzufassen sei.

5. Sitzung: Mittwoch, den 4. April, 9 Uhr vormittags.

Präsidenten: WASTRASZEWSKI, SCHWIMMER, HALLOPEAU, GRÜNFELD, assistiert von DE AMICIS, MIBELLI, PELLIZZARI.

Hauptthema: Über die Behandlung der Syphilis und insbesondere über den geeigneten Moment für den Beginn der Allgemeinbehandlung.

Referent JULLIEN: **Über den Verlauf der frühzeitigen inneren Quecksilberbehandlung auf den Verlauf der Syphilis.** (Erschien in dieser Zeitschrift Bd. XVIII. S. 411.)

SCHIFF (Korreferent): Die Sklerosis kann excidiert werden, da die Operation meist leicht ist. Eine frühzeitige Allgemeinkur bietet keine Vorteile, da sie das Erscheinen von Sekundärsymptomen nicht verhindert. Die Fälle, wo nach einer Frühbehandlung weitere Symptome ausbleiben, bieten nichts Wunderbares; auch ohne irgend welche Behandlung kommt es vor, dafs Primäraffektionen von Folgeerscheinungen verschont bleiben. Es ist zweckmäfsig, die Kur nach FOURNIER öfters zu wiederholen, und zwar zwei- bis dreimal pro Jahr, auch ohne das Vorhandensein von Symptomen. Die kombinierte Jod-Quecksilberbehandlung, während einiger Jahre fortgesetzt, erweist sich als die zweckmäfsigste.

TOMMASOLI-Modena (Korreferent) berichtet über die Resultate seiner in jüngster Zeit gemachten Erfahrungen und den gegenwärtigen Stand der „Hämotherapie" bei Syphilis. Er glaubt, dafs man trotz seiner allerdings nicht sehr glänzenden Resultate (einige Fälle recidivierten) die Behandlung der Lues mit Injektionen von Schafblutserum, das mit etwas Sublimat rasch sterilisiert sei, nicht zu sehr vernachlässigen dürfe. Immerhin könne das Verschwinden der Efflorescenzen auch von anderen Ursachen abhängen, als der angewandten Therapie.

MANNINO-Palermo stimmt mit den Ausführungen JULLIENS vollständig überein. Er, ein Gegner der Hämotherapie, habe sich stets der Injektionen mit Kalomel bedient, suspendiert in Glycerin, das mit etwas destilliertem Wasser verdünnt worden.

PELLIZZARI-Florenz teilt in puncto Excision des Primäraffektes die Ansichten von SCHIFF, diejenigen von JULLIEN betreffs frühzeitiger und energischer Behandlung. Es freut ihn, dafs TOMMASOLI von seinem Enthusiasmus der Blutserumbehandlung etwas abgekommen ist Die Immunität der Tiere für Syphilis schiebt er nicht auf die Eigenschaften des Blutes, sondern die der Gewebe.

SCHWIMMER-Budapest empfiehlt gleich JULLIEN eine frühzeitige Behandlung der Syphilis, bevor die Sekundärsymptome oder die nicht selten früh auftretenden nervösen Erscheinungen sich manifestieren. In der Behandlung erzielte SCHWIMMER vor allem mit dem Sozojodolquecksilber gute Resultate.

RAVOGLIO-Cincinnati ist theoretisch für eine Excision der Initialsklerose; praktisch hält er dagegen die Operation für erfolglos, da die Lymphbahnen schon inficiert seien,

wenn man den Fall zur Behandlung bekomme. Dann zieht er Injektionen von Sublimat ins Gewebe vor.

Wastraszewski-Krakau spricht über die **Wirkungen von Quecksilberkuren bei temporär abgelaufener Syphilis.**

Pellizzari-Florenz berichtet dann kurz über seine **Versuche zur Abschwächung des Syphilisgiftes.** Die erhaltenen Resultate dieser Therapie mit Injektionen von Serum, gewonnen aus dem Blut mehr oder weniger fortgeschrittener Syphilitiker, die einer verschieden langen Jod-Quecksilberbehandlung unterworfen worden, waren recht ermutigend.

Rosenthal bringt eine interessante Mitteilung über **Merkurialexantheme.**

Massolongo-Verona bespricht einen Fall von **kongenitaler, fötaler Nierensyphilis,** der als Unicum gelten kann. Es handelt sich um ein sechsmonatliches Mädchen, das zu früh von einer syphilitischen Mutter (Infektion vor der Konception) geboren worden. Schenkel und äufsere Genitalien zeigten zahlreiche spezifische Efflorescenzen. Unter urämischen Symptomen (Erbrechen, Diarrhoe, Albuminurie, Ödem des Gesichts und der Extremitäten, Coma etc.) trat der Tod ein. Die Autopsie ergab eine Nephritis interstitialis mit starker skleröser Verdickung des Bindegewebes und ausgebildeter Endarteritis und Periarteritis. Neben einer beginnenden Hyperplasie des Bindegewebsstromes zeigten Milz und Leber nur geringe arteritische Erscheinungen. Einige Glomeruli der Nieren waren bis zur Atrophie komprimiert, das sie umgebende Gefäfsnetz difformiert. Die bindegewebige Umgebung der Harnkanälchen war sklerosiert, viele waren infolgedessen atrophiert. An verschiedenen Stellen war das Lumen durch einen hyalinen oder granulösen Cylinder verstopft, alles Veränderungen, welche der Nierensyphilis der Erwachsenen entsprechen. — Einige Tafeln mit mikroskopischen Abbildungen erläutern den Vortrag.

Stanziale-Neapel trägt über **luetische Veränderungen der Gehirnarterien,** sowie über **Intestinalsyphilis** vor. Er konnte in einem Falle von Hirnsyphilis mit zahlreichen gummösen Herden nachweisen, dafs die Gefäfsveränderungen von der Adventitia ausgegangen, und zwar speziell von den Vasa vasorum durch Auswanderung von Leukocyten. Erst sekundär wurde die Intima ergriffen in Form einer hyperplasierenden Entzündung, woran sich eine Neubildung von elastischem Gewebe schlofs. Hier liefsen sich, solange der Prozefs nicht weitergeschritten, auch Riesenzellen nachweisen. Die Media ging durch Kompression atrophisch zu Grunde.

In einem Falle von spezifischen Ulcerationen des Dickdarmes waren alle Schichten von mehr oder weniger umschriebenen kleinzelligen Herden durchsetzt. Die Blutgefäfse zeigten ähnliche Veränderungen (Peri- und Endarteritis), wie bei der Hirnsyphilis.

Breda-Padua hält einen Vortrag über **Keratodermie und Keratodermitis,** geht hiebei auf die Differentialdiagnose näher ein und erklärt zum Verständnis neben einer klinischen eine eingehende anatomisch-pathologische Untersuchung für unerläfslich. Seine Schlufsfolgerungen sind: Sehr ausgedehnte lineäre Naevi verrucosi folgen nicht der Ausbreitung der Nerven, der Gefäfse, der Voigtschen Linien. Sie sind, obwohl nicht pruriginös, von entzündlicher Infiltration begleitet. Bei den Hyperkeratosen der Zunge, der Lippen lassen sich Lagen von gekörnten epitheloiden Zellen nachweisen, die normalerweise fehlen. Es giebt eine pruriginöse, subakut verlaufende, ekzemähnliche, aber trockene Dermatose mit Neigung zur Ausdehnung, die als eine Keratodermitis diffusa mit nichtfollikulärer Hyperkeratosis angesehen werden mufs. Als ein und dieselbe Krankheit werden oft zwei seltene Keratodermiten angesehen; die eine erinnert an das Erythema keratoides von Brooke und die Keratodermia symmetrica von Besnier, die andere an die Parakeratosis scutularis

von Unna. Sie unterscheiden sich: die erste durch ihren Verlauf und ihr Aussehen, die zweite von der verwandten Form durch das Freibleiben der Follikel.

Majocchi-Bologna berichtet über **Trichomykosis nodularis**, eine parasitäre Erkrankung der Haare, die von einem besonderen Pilze hervorgerufen wird, der am besten in sauren Medien, später auf Platten sich züchten läfst. Derselbe gehört wahrscheinlich der Klasse der Blastomyceten an; er ist kein wahrer Hyphomycet, weshalb der Name Trichomyces vorzuziehen ist. Die Krankheit ist an den Haaren der Achselhöhle und den Genitalien nicht so selten zu finden. Nützlich erwiesen sich ihm nach vorausgegangenem Rasieren der Haare Acidum salicylicum und Schwefel zusammen. Photographien von Kulturen und mikroskopische Präparate illustrieren den Vortrag.

Ciarrocchi-Rom kam in seinen Untersuchungen über den gleichen Gegenstand zu analogen Resultaten. Er zeigt mikroskopische Präparate mit Querschnitten von Trichomykosisknötchen, welche die strahlenförmige Verteilung des Pilzes hübsch demonstrieren. Auch erkrankte Haare weist C. vor.

Saxti-Bern: **Die Elektrolyse in der Dermatologie: sowie Eine neue elektrische Einrichtung für Galvanokaustik etc.** (Erschien in dieser Zeitschrift Bd. XVIII. S. 459.)

Carruccio-Rom referiert über die therapeutischen Resultate, die er durch **Tuberkulinbehandlung bei Lupus** erhielt. Die Versuche, auf der Klinik des verstorbenen Professor Manassei im Jahre 1890 angestellt, betrafen 12 Individuen, wovon 10 Besserung, 2 Verschlimmerung zeigten.

Zum Schlufs, geehrter Herr Redakteur, bitte ich Sie, bei Ihren Lesern ein gutes Wort für die Lückenhaftigkeit meines Berichtes einlegen zu wollen. Manches Wertvolle blieb in dem Sprachen- und Stimmengewirr unbeachtet, gar manche Notiz, die sich Ihr Referent bei diesem oder jenem Vortrag gemacht, liefs er nach genauer Prüfung wieder in seine Tasche zurückwandern, in der Besorgnis, den Redner nicht genau verstanden zu haben. Und auch in dieser verkürzten Form möchte das Referat auf Unfehlbarkeit keinen Anspruch erheben.

Immerhin hofft ihr Referent, nach Erscheinen der Kongrefsakten das Versäumte nachholen und auf einige Vorträge näher eingehen zu können. Wird es doch erst dann möglich sein, auch über den wissenschaftlichen Erfolg dieses so viel geschmähten Kongresses ein gerechtes Urteil fällen zu können.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. Mai 1894.

Vorsitzender: Herr E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Leredde: **Zur Histologie der Mykosis fungoides.** Man stöfst in der normalen Haut rings um die oberflächlichen Gefäfse auf die Erscheinung der Diapedese. Dieselbe läfst sich bei einzelnen Krankheiten, so namentlich im sekundären Stadium der Syphilis, abgesehen von jedem Ausschlagselemente, in erhöhtem Mafse beobachten. Es handelt sich dabei um unsichtbare Veränderungen der Haut, die im allgemeinen kein bestimmtes histologisches Gepräge haben. Aber bei der Mykosis fungoides findet man in der anscheinend gesunden Haut, selbst wenn noch keine

Erythrodermie bestand, ganz ausgesprochene Veränderungen. Rings um die Gefäfse der Papillen gewahrt man kleine Haufen von Zellen, welche durch ein Netzwerk zusammengehalten sind, und auch einzelne Wanderzellen, die in die Epidermis gelangt sind. Wenigstens verhielt es sich so bei einem Patienten, der seit 18 Monaten mit einzelnen Mykosisherden behaftet war.

Die Histopathologie der Mykosis ist noch nicht erledigt. So steht das Vorhandensein des Reticulums noch in Frage. Leredde hat sich zur Untersuchung eines neuen Verfahrens bedient (Fixation mit Sublimat, Einlagerung in Paraffin, Färbung mit Stoffen, die die basophilen und acidophilen Granulationen erkennen lassen, und mit dem Biondischen Mittel, durch welches die Bindegewebsfasern sichtbar werden.

Die ersten Veränderungen treten in dem subpapillären Gewebe, hernach in den Papillen auf. Man findet keine bedeutenden Zellhaufen, wohl aber gewahrt man Proliferation von festen Zellen, besonders rings um die Gefäfse, einen Reichtum an Mastzellen, (zuweilen fast ebensoviele wie in der Urticaria pigmentata) und eine Vermehrung der perivaskulären Bindegewebsfasern. Im weiteren Verlaufe erst bilden sich um die Gefäfse Haufen, die sich allmählich vergröfsern. Diese mykotischen Haufen setzen sich aus zwei Arten von Elementen zusammen. Die einen haben einen grofsen Kern mit abgegrenzter chromatischer Substanz, wo man zuweilen noch Spuren von Karyokinese erkennen kann; sie erinnern an die festen Zellen des Bindegewebes. Die anderen haben einen kleinen, leicht färbbaren Kern; es sind dies Lymphkörperchen; sie befinden sich in den Maschen eines immer vorhandenen Reticulums, welches die grofsen Zellen untereinander verbindet. Auch in diesem Stadium finden sich noch viele Mastzellen.

Das Mitwirken lymphatischer Elemente wird durch die längst bekannte Thatsache wahrscheinlich, dafs man sie in der Epidermis antrifft, wenn sich mykotische Haufen in den Papillen bilden. Das etwaige Vorhandensein vielkerniger und eosinophiler Leukocyten kann aber nur ein zufälliges, durch gewöhnliche Mikrobien bedingtes, sein.

Wenn sich die mykotischen Haufen gebildet haben, so treten Störungen in den Gefäfsen in die Erscheinung. Durch Wucherung des Endothels kommt es zuweilen zu Gefäfsobliterationen. Es bilden sich Riesenzellen, die sich von den Riesenzellen der Tuberkulose und anderer chronischer Entzündungen durch das Fehlen von käsiger Masse unterscheiden.

Die mykotischen Knoten bestehen also im wesentlichen aus einer Anhäufung fixer Zellen, die durch ein Reticulum zusammengehalten werden, und aus Lymphzellen. Man kann die Philippsonsche Auffassung nicht ausschliefslich gelten lassen. Die lymphatischen Elemente spielen bei dem Wachstum der Mykosistumoren eine Rolle. Es wäre nützlich, die Lymphadenie mit demselben technischen Verfahren wie die Mykosis zu untersuchen, um die Analogien, bezw. die Unterschiede festzustellen. Einstweilen und solange man nur die Histologie der Mykosis fungoides vor Augen hat, ist es unmöglich, über ihre Natur irgend eine Hypothese aufzustellen.

F. Hallopeau: **Über einen weiteren Fall von Trichotillomanie.** Der Verfasser gelangt in seiner Arbeit zu folgenden Schlufssätzen.

Es giebt einen krankhaften Zustand, der sich durch lebhaftes, anfallsweise noch gesteigertes Jucken der behaarten Körperteile äufsert. Die Kranken geraten dabei in sinnlose Aufregung (vésanie), während welcher sie sich Linderung zu verschaffen suchen, indem sie die Haare an den schmerzhaften Stellen ausreifsen; das Leiden verdient daher den Namen Trichotillomanie. Weder an den Haaren, noch an der Haut sind mit bloſsem Auge nennenswerte Veränderungen bemerkbar. Die Haare erscheinen auch unter dem Mikroskop unversehrt, nur dafs ein Teil von ihnen sich

unter der Epidermis fortschlängelt. Es handelt sich hier auch nicht um eine Varietät der Prurigo, denn der charakteristische Ausschlag dieser Dermatose fehlt hier gänzlich. Das Leiden ist ein sehr langwieriges und sehr wahrscheinlich auch unheilbar. Am meisten Linderung scheint den Patienten noch die Isolierung der juckenden Teile entweder durch einen schützenden Firnifs oder durch Einpackung in Guttaperchapapier zu gewähren.

Louis Wickham: **Pian oder Syphilis.** Es handelt sich um einen Kranken, der an einem papillomatösen Ausschlage mit Eiter und Krusten leidet; der Ausschlag hat sich seit November 1893 in zwei einander folgenden Schüben entwickelt. Die Elemente des ersten Anfalles sind noch vorhanden. Die ältesten Teile sehen wie echter Blumenkohl, zum Teil wie Himbeeren aus, daher die Diagnose „Pian" möglich erscheint; es ist dies nämlich eine exotische Krankheit, die auch Framboesia oder Jaw genannt wird. Sie herrscht im Westen von Afrika, und thatsächlich hatte der Patient schon 11 Monate bei der Truppe, die gegen Dahomey operierte, gestanden, als sich die ersten krankhaften Symptome bei ihm einstellten. Der objektive Befund des Ausschlages spricht gegen Syphilis; trotzdem ist nach Anwendung von Jodkalium eine unerwartet rasche Besserung eingetreten. Auch hat Patient vor 5—6 Jahren einen Schanker gehabt, der allerdings für ein Ulcus molle erklärt wurde und auch ohne weitere Folgen blieb. Aber bei Schanker und Syphilis mufs man mit der endgültigen Diagnose immer sehr vorsichtig sein. Es ist daher im vorliegenden Falle richtiger, erst den weiteren Verlauf der Dermatose abzuwarten, ehe wir uns für eine bestimmte Diagnose entscheiden.

Mendel: **Laryngitis syphilitica tertiana.** Es handelt sich um einen 46-jährigen Mann, der am 15. März d. J. auf der Abteilung von Budin (?) im Hôpital Saint-Louis zur Aufnahme kam. Er litt damals an einer beträchtlichen Dyspnoe, die sich von Zeit zu Zeit zu hochgradiger Asphyxie steigerte, so dafs man im Begriffe stand, die Tracheotomie bei ihm auszuführen.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich das rechte falsche Stimmband so stark geschwollen, dafs es im vorderen Teile an das linksseitige Stimmband anstiefs. Die Glottisöffnung war stark verengt und bestand nur aus einem dreieckigen Spalt im hinteren Teile.

Patient erzählt, er habe vor etwa 12 Jahren einen Schanker gehabt, sei aber niemals behandelt worden. Nach einer spezifischen Behandlung ging die Infiltration des rechten falschen Stimmbandes rasch zurück, so dafs Patient jetzt normal atmet und nur noch seine Stimme etwas heiser klingt. Er ist Kutscher und leidet häufig an Erkältungen. Vielleicht ist auch sein Gewerbe, das ihn jedem Unwetter aussetzt, etwas mit schuld an dieser Lokalisation der Syphilis. Er raucht und trinkt nicht.

Gaston: **Syphilis maligna praecox.** (Tuberkulöse Flächen-Syphilide. Pseudo-Alopecie.)

Gaston stellt eine Patientin mit einem grofsen Syphilid im Gesichte vor. Die Stirn, die Wangen, die Lippen, das Kinn sind mit zusammenfliefsenden und hervorragenden, erythematösen Stellen bedeckt, die dem tastenden Finger den Eindruck einer tuberkulösen Infiltration geben. In der Gegend der Backenknochen besteht auf diesen Stellen Keratosis pilaris; letztere besteht auch in ausgesprochener Weise auf dem Rücken, der Aufsenfläche der Arme, sowie an anderen Körperpunkten.

Am Nacken, an dem Rücken, auf der Brust und den Oberextremitäten besteht gleichzeitig ein polymorpher Ausschlag von Syphiliden, stellenweise erythematös, stellenweise erythemato-papulös. Im allgemeinen erinnert der Ausschlag durch bestimmte Eigentümlichkeiten an die Pityriasis rosea und sogar an die Pityriasis rubra pilaris.

Kopf und Augenbrauen leiden unter einem Haarausfall, wie bei der Pseudo-Alopecie; Patientin verfügt nur noch über einige Büschel atrophischer, brüchiger Haare, die aber freilich noch recht fest sitzen. Unter dem Mikroskop entdeckt man in diesen Haaren feinste Knötchen, die an parasitäre Sporenbildung erinnern. An den enthaarten Stellen bemerkt man unter der Lupe in der Gegend der Haarfollikel kleine braune oder schwärzliche Krüstchen von keratotischem Aussehen, entsprechend der Keratotis pilaris des Rückens.

Patientin leidet aufserdem noch an einer doppelseitigen Iritis und ist fast blind. Die Untersuchung des Blutes ergiebt eine deutliche Vermehrung der weifsen Blutkörperchen; auch besteht eine Anästhesie der Brüste und der beiden Handrücken. Die Eingeweide bieten nichts Abnormes. Die Syphilis ist 6 Monate alt und vordem noch nicht behandelt.

Unter der spezifischen Behandlung hat sich der Ausschlag im Gesichte bereits merklich zurückgebildet.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 27. Heft 3. 1894.

I. **Über die Behandlung der Psoriasis mit grofsen Dosen von Jodkalium, nebst Bemerkungen über die Jodwirkung,** von Dr. SEIFERT-Würzburg. GREVES (*Tidskrift for prakt. Med.* 1881. No. 16) war der erste, welcher das Jodkalium bei Psoriasis empfohlen hat, nachdem er sowohl bei Erwachsenen, als bei Kindern gute Erfolge von dessen Gebrauch in allmählich steigender Dosis erzielt hatte. Nach ihm haben BOECK, insbesondere HASLUND,[1] Versuche angestellt. Seit des letzteren Veröffentlichung haben verschiedene Autoren die Psoriasis mit Jodkalium behandelt, im allgemeinen jedoch sehr wenig Erfolge mit demselben erzielt. Verfasser hat im Jahre 1888 13 Fälle von Psoriasis mit Jodkalium behandelt, deren Krankengeschichten im folgenden mitgeteilt werden. Von den 13 Fällen betrafen 7 männliche, 6 weibliche Individuen. Nur in vier Fällen (3 weiblich, 1 männlich) ist vollkommene Heilung erzielt worden, während bei den anderen wohl Besserung vorhanden war, die Behandlung jedoch aus verschiedenen Gründen nicht lange genug fortgesetzt werden konnte. Interessant war, dafs bei denjenigen Fällen, bei welchen das Jodkalium wegen übler Nebenwirkungen ausgesetzt werden mufste, eine darauffolgende Behandlung mit Chrysarobin, resp. Anthrarobin eine auffallend rasche günstige Wirkung that. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich sieben Wochen. Die verbrauchten Dosen Jodkalium beziffern sich auf 344—850 g. Zu welchem Zeitpunkte die retrograde Metamorphose der einzelnen Psoriasisplaques begonnen hat, hat Verfasser nicht genau verzeichnet, glaubt aber, dafs ebenso wie bei HASLUND 4—5 Wochen verstreichen, ehe der Rückgang anfängt.

Verfasser bespricht unter Berücksichtigung der Litteratur ausführlich die Nebenwirkungen, welche kleine und grofse Dosen von Jodkalium hervorrufen können. Von verschiedenen Seiten wird bestätigt, dafs der menschliche Organismus auffallend grofse Dosen von Jodkalium gut zu vertragen im stande ist, vielleicht weil das Jodkalium

[1] S. *diese Zeitschr.* 1887. S. 896.

in grofsen Dosen diuretisch wirkt und deshalb rascher ausgeschieden wird, als bei kleinen Dosen, die nicht diuretisch wirken. Der letztere Umstand würde vielleicht erklären, weshalb gerade bei kleinen Dosen häufiger die Erscheinungen des Jodismus auftreten, als bei grofsen Dosen. Von leichteren und schwereren Nebenwirkungen, die das Jodkalium macht, erwähnt der Verfasser aus seinen eigenen Fällen Schnupfen, reichliche Thränensekretion, Kopfschmerzen, schwere Verdauungsstörungen. In der Litteratur werden Schmerzen in den Extremitäten, depressive Störung des Nervensystems, Aufregung und Unruhe, Benommenheit des Sensoriums, Schmerzen in den Fingern, Schwindelanfälle, Coma, Delirien, Stumpfsinn, Ödem des Kehlkopfes (wenn Kehlkopfgeschwüre vorhanden sind) beobachtet. Auf der Haut können nach Brocq folgende Hautausschläge durch Jodkalium entstehen:

1. Diffuses Erythem, 2. Papeln mit Urticaria, 3. Bläschen und Ekzem, 4. Pemphigusblasen, 5. Papeln und Pusteln, 6. Anthraxformen, 7. Petechien, 8. Knötchen und Knotenformen, 9. polymorphes Exanthem.

Wahrscheinlich ist das Verhalten der Haut gegenüber dem Jodkalium auf Cirkulationsstörungen, die letzteres hervorruft, zurückzuführen. G. Sée hat an Tieren experimentelle Studien über die Wirkungsweise des Jodkaliums gemacht. Er unterscheidet zwei Phasen in der Wirkung. Die erste entspricht der Wirkung der Alkali-Gefäfsverengerung, Erhöhung des Blutdruckes. Etwa eine Stunde nach der Jodkaliumeinspritzung beginnt die zweite Phase der Wirkung — Jodwirkung, gekennzeichnet durch Gefäfserweiterung und Sinken des Blutdruckes.

Verfasser hat an seinen Fällen nahezu regelmäfsig eine Steigerung der Pulsfrequenz auftreten sehen; in mehreren Fällen war auch erhöhte Temperatur vorhanden. Diese Fälle würden denen von Malachowski (*Therap. Monatsh.* 1889. Bd. IV.) anzureihen sein. Malachowski sah das Fieber aus folgenden Gründen als eine reine Jodwirkung an: 1. Das Fieber trat kurze Zeit nach Beginn der Jodtherapie bei vorher fieberlos erkrankten Individuen auf; 2. das Fieber schwand in kurzer Zeit nach Aussetzen des Mittels; 3. trotz sorgfältiger Untersuchung konnte keine andere Ursache für das Auftreten des Fiebers gefunden werden. Der Puls hatte eine dem Fieber entsprechende Steigerung der Frequenz gezeigt.

Verfasser glaubt, dafs man bei genauerer Beobachtung in der Hospitalpraxis wahrscheinlich öfter leichtere Grade von Jodfieber wahrnehmen wird.

II. **Ein Beitrag zur Lehre von der Dermatosis Darier's**, von H. Mourek-Prag. Verfasser beschreibt einen Fall aus Prof. Janovsky's Klinik.

Der Patient ist 54 Jahre alt, Tagelöhner. Die Affektion begann vor einem halben Jahre zuerst am Schamhügel mit bräunlichen Flecken und Knötchen und darauf mit Nässen. Im Beginn der Affektion war Jucken vorhanden. Ziemlich rasch verbreitete sich das Leiden über die ganze Hautoberfläche.

Gegenwärtig ist die Haut am behaarten Teile des Kopfes erheblich verdickt, uneben, mit zahlreichen kleinen Knötchen besät, von bräunlicher Farbe und mit beträchtlichen Hornkegeln bedeckt. Einzelne Effloreszenzen sind von einem Haar durchbohrt. Stellenweise verschmelzen die Knötchen zu gröfseren, mit zusammenhängenden gelblichen Krusten bedeckten Infiltraten. Die Haare sind trocken, brüchig, sehr dicht. An der Stirnhaut sieht man zahlreiche, teils zu Gruppen vereinigte, teils isolierte, stecknadelkopf- bis hanfkorngrofse, trockene, feste, in den oberen Schichten der Cutis und Epidermis sitzende Knötchen von durchweg intensiv rötlicher, bräunlicher oder gelblicher Farbe. Sie sind bedeckt mit einer bedeutend verdickten Hornschicht, nach deren Ablösung sich die nässende, stellenweise mit gelblichem Detritus bedeckte Malpighische Schicht zeigt. Hervorzuheben ist die symmetrische Anordnung der Effloreszenzen an beiden Körperhälften. Am Handrücken

sind kleine, trockene, dunkelbraune Papeln, die stellenweise konfluieren, zu Gruppen angeordnet. Die Haut der Handfläche ist rauh. Die Nägel zeigen auffallend längliche Rinnen. Der Nagel des linken Daumens ist zur Hälfte braun verfärbt, die übrigen Nägel sind normal. Die Nägel der Zehen zeigen weit mehr Veränderungen, als die der Finger, jedoch sind dieselben nicht gerade besonders charakteristisch für die Affektion. Patient klagt über mäfsiges Jucken.

Die Behandlung hatte keinen wesentlichen Erfolg. Das Allgemeinbefinden war von vornherein kein besonders gutes. Der Patient zeigte Anzeichen von starker Bronchitis, Lungenemphysen etc. und ist nach längeren Aufenthalte in der Klinik gestorben. Die Sektion ergab Nephritis subacuta, Catarrhus intestinorum chronicus, Thrombosis arteriae pulmonalis; Oedema pulmonum acutum. Morbus Darieri.

Verfasser beschreibt ausführlich die Resultate der histologischen Untersuchung excidierter Hautstückchen. Im allgemeinen stimmen die Befunde mit denen anderer Autoren überein. Verfasser war nicht im stande, irgend ein Stadium der Parasiten zu ermitteln. Die Versuche einer künstlichen Überimpfung waren erfolglos, und ebenso ergaben die Experimente bezüglich der künstlichen Verdauung ein negatives Resultat. Neuerdings suchte Darier seine Anschauung betreffs der Anwesenheit von Parasiten mit der Einwendung zu stützen, dafs keine Übergangs-Elemente zwischen Epithelien und Psorospermosen bestehen. Demgegenüber hat Verfasser in seinen mit Hämatoxylin und Pikrokarmin gefärbten Präparaten gefunden, dafs thatsächlich Übergänge zwischen Dariers Psorospermosen und epithelialen Zellen existieren. Man sieht nämlich in diesen Präparaten Zellen von der Beschaffenheit der Epithelialzellen, nur etwas vergröfsert; weiter sieht man Zellen, die an der Peripherie mit einem ganz unansehnlichen, das Licht brechenden, sich nicht färbenden Hals, der bei anderen Zellen noch breiter ist, umgeben sind. Verfasser glaubt diese Zellen für die gesuchten Übergänge halten zu können; ja noch mehr. Bekanntlich fallen in Teilung befindliche Epithelialzellen durch Vergröfserung und durch ihre gewöhnlich abgerundete Form auf. Das Zellprotoplasma differenziert sich vom Kern deutlicher, als unter normalen Verhältnissen. Die umgebenden Zellen sind zusammengedrückt, bilden rings um solche Zellen gleichsam einen Mantel. Dies alles fand Verfasser an seinen Zellen in gesteigertem Mafse, Vergröfserung, rundliche oder ovale Form, insofern auf dieselbe nicht der Druck der umgebenden veränderten Zellen einwirkt, rings um den Kern gewöhnlich ein Saum, am Kern selbst Veränderungen Demzufolge können diese Zellgebilde den epithelialen Zellen vielleicht eher als den Psorospermien beigezählt werden.

Verfasser folgert aus seinen Präparaten, dafs die Dariersche Dermatose eine Krankheit ist, die in die Kategorie der Epidermidosen gehört, gegen deren von Darier dargelegten parasitären Ursprung sehr gewichtige Bedenken vorliegen. Es wäre daher heutzutage eine sehr grofse Koncession gegenüber Darier, die Erkrankung mit „Psorospermosis follicularis vegetans“ zu benennen.

III. **Über das Vorkommen von Nerven in spitzen Kondylomen,** von A. Reisner-Strafsburg. Verfasser hat auf Anregung von Professor Wolff die spitzen Kondylome auf das Vorhandensein, resp. Nichtvorhandensein von Nerven untersucht. Dabei bediente er sich des von Ramon y Cajal sog. „schnellen Verfahrens“. Die operativ mit Messer, Schere oder galvanokaustischer Schlinge entfernten Kondylome wurden rasch in destilliertem Wasser abgewaschen und kamen dann in eine Lösung von 1 Teil 1%iger Osmiumsäure und 4 Teilen 3,5%igen Kalium bichromatum, worin sie 5—7 Tage im Dunkeln bei einer Temperatur von 25—35° blieben. Dann wurden sie in 0,25%iger Argentum nitricum-Lösung abgespült, hierauf in eine 0,75%ige Lösung gebracht und bei Zimmertemperatur 24 Stunden lang dem Lichte ausgesetzt. Das

letztere kann noch längere Zeit geschehen, wenn nur darauf gesehen wird, dafs die Flüssigkeit nicht verdunstet. Die Schnitte kamen in Nelkenöl, Xylol und Kanadabalsam. Nach den Angaben aller Autoren werden sie ohne Deckgläschen aufbewahrt, weil sie unter denselben nicht selten vollständig trübe, undurchsichtig und schwarz werden. Die Ansichten über das Vorhandensein von Nerven in spitzen Kondylomen sind geteilt.

Verfasser hat im Gegensatze zu diesen Autoren in allen untersuchten spitzen Kondylomen einen grofsen Reichtum von Nervenfasern angetroffen. Die Mehrzahl derselben liegt im Rete Malpighii; in den Papillen sind stets nur wenige vorhanden. Die Fasern teilen sich auf dem Wege zum Rete Malpighii wiederholt dichotomisch in kurzen Zwischenräumen. Sie erscheinen bis auf geringe Varikositäten überall gleich dick und besitzen auch an den Teilungsstellen keine Verdickungen, welche auf Kerneinlagerungen schliefsen liefsen. Zwischen die Zellen des Rete Malpighii eingetreten, verzweigen sich nun die Fasern noch häufiger und zeigen sowohl in ihrem Verlaufe, wie an den Teilungsstellen Anschwellungen, welche nach dem Vorgange von Tomsa und Langerhans nur als Kerneinlagerungen gedeutet werden können. Die Dichtigkeit des Netzwerkes, welches durch die wiederholte Teilung der Fasern entsteht, ist bei den einzelnen Papillen sehr verschieden. Während manche auf dem Querschnitt wie von einem dichten Kranz umgeben erscheinen, sind bei anderen nur wenige Fasern vorhanden, bei einigen auch gar keine. Die Erklärung dieser Erscheinung kann vielleicht in einem Fehler der Methode liegen, indem die Färbung der Präparate, wie dies auch alle Autoren bestätigen, eine ungleichmäfsige ist. Oder aber die Erscheinung kann durch eine ungleichmäfsige Verteilung der Nerven bedingt sein. Für die letzte Auffassung spricht der Umstand, dafs manche Kondylome sehr schmerzhaft sind, manche fast gar nicht. Diesen würden dann die nervenarmen, jenen die nervenreichen Papillen entsprechen. Ferner hat Verfasser wahrgenommen, dafs in den Präparaten von einem 20jährigen Mädchen die Nerven in den Kondylomen viel zahlreicher waren, als in den Präparaten von einem 25jährigen Manne. Die Nervenfasern lassen sich bis nahe an die Hornhaut verfolgen; ob sie aber in dieselbe eintreten, konnte angesichts der stark dunkel gefärbten Hornhaut nicht entschieden werden.

Die histologischen Befunde werden im Detail ausführlich mitgeteilt und die Litteratur besprochen.

IV. **Über den Pleomorphismus pathogener Hyphomyceten,** von F. Kràl. Prag. Während für die Pilze im botanischen Sinne der wahre Pleomorphismus, d. h. die verschiedenen höheren Entwickelungsformen nach den Forschungen von Tulasne, de Bary, Brefeld wohl bekannt sind, ist dies bei den für den Menschen pathogenen Hautfadenpilzen, beispielsweise beim Achorion Schönleinii, Trichophyton tonsurans, Mikrosporon furfur und minutissimum nicht der Fall. Höchstens kann man von einem „kulturellen" Polymorphismus der Hautfadenpilze sprechen, der nichts anderes als Wuchs- und Formvariationen bedeutet, welche in verschiedenen saprophytischen Lebensbedingungen, unter die man die Entwickelung des Pilzes zu setzen im stande ist, ihre Ursache haben können. Diese Wuchs- und Formvariationen berechtigen aber noch nicht, als besondere Arten der Fadenpilze angesehen zu werden. So zeigt Verfasser, wie aus einer Achorionkonidie eine Reihe von Rasen hervorgehen können, die nach jeder Richtung hin wesentlich voneinander differieren. Ähnlich verhält es sich beim Trichophyton tonsurans. Bekannt ist, dafs derselbe auf verschiedenen Nährböden unter fast gleichen Bedingungen in Form, Farbe und Gröfse seiner Rasen variiert. Aber auch auf demselben verhält sich derselbe Pilz, wenn er früher unter verschiedenen Ernährungsbedingungen gestanden hat,

kulturell und auch morphologisch verschieden. Sät man gleichzeitig von 50 Tage alten, bei 37° C. gehaltenen Bouillonkulturen und von ebenso alten, bei derselben Temperatur gehaltenen Agarkulturen des Trichophytonpilzes auf Kartoffelscheiben aus, so erhält man auf diesem Nährboden im ersteren Falle goldbraune, im letzteren Falle dunkelkarminrote Rasen.

Auch das Alter der zur Aussaat benutzten Kultur hat einen wesentlichen Einfluſs auf das neue Kulturbild. Sät man beispielsweise von einer 50 oder 75 Tage alten, bei 37° C. gehaltenen Agarkultur auf Kartoffelscheiben aus, so erhält man die obigen dunkelkarminroten Rasen, dagegen von Fragmenten einer 14 Tage alten, auch bei 37° C. gehaltenen Agarkultur einen lichtgelben Rasen von der Farbe des Nährbodens.

Vielfach treten Wuchsvariationen des Trichophytons in demselben Nährboden auf, ohne daſs wir solche vorläufig mit bestimmten Einflüssen in Verbindung bringen können. Hand in Hand mit den kulturellen Verschiedenheiten gehen zumeist die morphologischen.

So schwankt die Gröſse der Konidien innerhalb derselben Kultur nach dem Alter der ersteren und der letzteren. Die am frühesten gebildeten Konidien in der oberen Schichte des zentralen Teiles einer Agarkultur sind die gröſsten, die in der tieferen Schichte vorkommenden jüngeren Konidien sind bedeutend kleiner.

In Kulturen auf verschiedenen Nährböden ist auch die Gröſse der Konidien eine verschiedene.

Gegenüber Sabouraud's verschiedenen Pilzgruppen, dem Trichophyton megalosporon und mikrosporon mit ihren zahlreichen Unterarten weist Marianelli auf die von ihm beobachtete kulturelle und morphologische Inkonstanz des Trichophytonpilzes und ihre wahrscheinlichen Ursachen hin und hält die Multiplicität des Trichophytons, wenigstens soweit es die menschliche Trichophytie betrifft, für nicht erwiesen. Verfasser stimmt mit Marianelli vollkommen überein. Wir können aus einem einwandsfrei isolierten Trichophytonpilz Kulturen mit kleinen oder mit groſsen Sporen, Kulturen von verschiedenster Farbe und Gestalt auf demselben Nährboden erzeugen. Es steht in dem Belieben des Experimentators, aus einer Trichophytonkonidie die beiden Gruppen von Trichophyton megalosporon und von mikrosporon mit einer endlosen Zahl von Unterarten hervorgehen zu lassen. Verfasser präcisiert die aus den Experimenten gewonnenen Resultate dahin: Wuchs-, Form-, Pigment- und Reaktionsvariationen berechtigen an und für sich, ein identisches pathogenes Verhalten innerhalb gewisser klinischer Grenzen vorausgesetzt, nicht zur Aufstellung von neuen Arten der pathogenen Hautfadenpilze.

V. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie,** von R. Ledermann und Ratkowski-Berlin. Die Verfasser fahren in ihrer überaus praktischen, dankenswerten Zusammenstellung von Referaten fort und behandeln in dem vorliegenden Teile die Cutis und Subcutis, resp. die Methoden, welche zum Studium der Histologie und Chemie der elastischen Fasern und des Bindegewebes, der Mitosen, Nerven und Nervenendigungen, des Fettes, des Plasmas und der Mastzellen, endlich der Geschwülste dienen. (Fortsetzung folgt.)

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

1894. Heft 4.

I. **Der gegenwärtige Stand der Lichenfrage,** von Malcolm Morris. (Vortrag, gehalten auf dem XI. internationalen medizinischen Kongreſs in Rom.) Ist der Lichen eine Krankheit sui generis, eine genau abgegrenzte, durch charakteristische Merkmale

wohl unterschiedene, nach Intensität und Typus variable Affektion? Oder ist er lediglich ein lokaler Zustand, eine Läsion, wie etwa eine Papel, ein Knötchen, eine Schuppe, welche bei verschiedenen Krankheiten vorkommen können?

Sind diese Kardinalfragen, welche bis zum heutigen Tage auf eine bestimmte Antwort warten, gelöst, so werden wir der endgültigen Entscheidung der Lichenfrage überhaupt um ein gehöriges Stück näher gerückt sein.

Noch vor nicht gar vielen Jahren scheint man den Lichen nicht für eine Krankheit, sondern für einen anatomischen Ausdruck angesehen zu haben, so etwa wie Napoleon der Erste von Italien seiner Zeit nicht als einer Nation, sondern als einer geographischen Bezeichnung gesprochen hat. Der Lichen war durch äufseres Beiwerk bis zur Unkenntlichkeit entstellt und verkrustet. Es gab einen Lichen circumscriptus, Lichen circinatus, Lichen urticatus, Lichen strophulosus, Lichen syphiliticus, Lichen agrius, Lichen simplex etc. Die Zahl dieser Lichenarten ist in der neuesten Zeit auf eine einzige, von Erasmus Wilson als Lichen planus beschriebene Krankheit reduciert worden. Redner hält denselben für identisch mit dem Lichen ruber Hebra. Auf dem Pariser Kongresse reducierte Kaposi die Lichengruppe auf zwei Krankheiten:

1. Lichen ruber mit zwei Unterabteilungen:
   a) Lichen ruber acuminatus;
   b) Lichen ruber planus.
2. Lichen scrophulosorum.

Kaposi erklärte den Lichen ruber acuminatus für identisch mit der unter dem Namen der Pityriasis rubra pilaris von Devergie und Besnier beschriebenen Affektion. Vortragender hatte früher starken Zweifel in die Richtigkeit dieser Annahme gesetzt, bis derselbe nach dem Wiener Kongresse im Jahre 1892 durch einen Fall von sogenanntem Lichen ruber acuminatus beseitigt wurde, den Schwimmer in Budapest gezeigt und den die anwesenden französischen Dermatologen einstimmig mit Pityriasis rubra pilaris identificierten.

Mit einer bewundernswerten Klarheit läfst Vortragender alle die differierenden Meinungen, wie sie sich in den letzten Jahren in Wort und Schrift, auf Kongressen und in Büchern geltend gemacht haben, Revue passieren. „Wo Dermatologen von solcher Autorität," sagt Morris, „in ihren Ansichten so weit auseinandergehen, kann ich nicht hoffen, die Disharmonie in eine Harmonie aufzulösen. Non nostrum tantas componere lites. Meine eigene Meinung ist dieselbe, wie ich sie auf dem Pariser Kongresse ausgedrückt habe, dafs die Lichenfrage zum grofsen Teile ein Streit um blofse Namen geworden ist. Es scheint mir, dafs eine papulöse Eruption gerade so ungeeignet ist, eine Basis für eine Klassifikation abzugeben, als beispielsweise die Abschuppung, die Blutextravasation. Darin stimme ich mit Brocq überein, dafs man bei der Einteilung der Krankheiten nicht nur die äufseren Erscheinungen, sondern auch ihre Pathogenese und den Modus der Entwickelung berücksichtigen sollte. Gegenwärtig sind wir mit den pathologischen Zuständen, welche sich auf der Haut in Form von Läsionen manifestieren, denen wir den Namen Lichen beilegen, noch zu wenig bekannt, um in der Lage zu sein, sie nur aufzuzählen, geschweige denn sie zu klassificieren. Es wäre deshalb besser, das Wort „Lichen" als vielfach irreführend und bedeutungslos aus unsererer Terminologie auszumerzen."

„Ich wage zum Schlusse, für eine abgerundetere klinische und pathologische Untersuchung zu plädieren, ehe weitere Theorien aufgestellt oder Schemata für eine Einteilung ausgearbeitet werden. Es fehlt uns gegenwärtig viel weniger an einer Klassifikation, als an Thatsachen. Mögen die Krankheitsfälle sorgfältig mit dem ausschliefslichen Bemühen beobachtet werden, die Dinge zu sehen, wie sie sind,

und nicht, wie sie sein sollten, um in irgend eine Theorie hineinzupassen oder derselben zu widerstreiten. Vor allem mögen sie nach allen Richtungen hin, d. h. nicht nur in ihren Erscheinungen auf der Haut, sondern in allen ihren Beziehungen, studiert werden."

„Die Quintessenz unserer Bemerkungen ist folgende:

1. Der Lichen ist keine Krankheit, sondern ein Typus einer Läsion.

2. Die Bezeichnung sollte für das abgerundete klinische Bild reserviert bleiben, welches Erasmus Wilson unter dem Namen Lichen planus beschrieben hat, der identisch ist mit dem Lichen ruber Hebras.

3. Die von Kaposi unter dem Namen Lichen ruber acuminatus beschriebene Affektion ist identisch mit der Pityriasis rubra pilaris von Devergie und Besnier.

4. Andere Formen von Lichen, wie der Lichen obtusus, hypertrophicus, verrucosus etc., sind Varianten der typischen Form des Hebra-Wilsonschen Lichen ruber planus.

5. Der Symptomenkomplex, welchem die Bezeichnung Lichen planus beigelegt ist, wird wahrscheinlich durch verschiedene Faktoren hervorgerufen, aber gegenwärtig ist uns seine Pathogenese nahezu ganz dunkel."

II. **Lepra auf Island**, von E. Ehlers-Kopenhagen. Historisches. In der isländischen Sprache stöfst man auf verschiedene Bezeichnungen für Lepra. Wann die Krankheit zum ersten Male auf Island aufgetreten ist, läfst sich mit Sicherheit nicht bestimmen. Den nordischen Sagen und Traditionen nach zu urteilen, hat die Lepra von Norwegen aus seinen Einzug auf Island gehalten. Island empfing seine ersten Einwohner von Norwegen, und sehr wahrscheinlich ist auch von dort der erste Leprafall eingeschleppt worden. Wann dies geschehen, kann nur vermutet werden. Die gröfste Wahrscheinlichkeit weist auf das Ende des 12. Jahrhunderts hin. Weiter zurück kann die Lepra auch für Norwegen und Dänemark nicht verfolgt werden.

Um die Mitte des 16. Jahrhunderts scheint die Lepra in ausgedehnter Weise auf der Insel gewütet zu haben. Damals tauchte die Idee auf, und wurden die Vorbereitungen dazu getroffen, vier Lepraasyle zu errichten. Der Gedanke ist jedoch erst durch ein königliches Edikt vom 10. Mai 1651, welches zur Errichtung eines Hospitals in jedem Viertel von Island aufforderte, verwirklicht worden. Diese Asyle waren allerdings sehr primitiver Natur und werden zur Eindämmung der Krankheit kaum viel beigetragen haben.

Die älteren statistischen Angaben über die Häufigkeit und die Mortalität der Lepra sind nur mit Vorsicht aufzunehmen. Es steht fest, dafs weitaus am häufigsten die Krankheit in dem südwestlichen Teile von Island auftritt, wahrscheinlich weil derselbe derjenige Bezirk ist, in welchen die Lepra zuerst importiert worden ist, und wo dieselbe unter der armen, sich zumeist aus Fischerleuten zusammensetzenden Bevölkerung leicht festen Fufs fassen konnte. Auch die neueren sogar officiellen Statistiken scheinen nicht den wirklichen Verhältnissen zu entsprechen. So werden in einem Berichte von 1872 36 Fälle von tuberöser Lepra und 7 von der anästhetischen Form erwähnt. Von den letzteren gehören 6 dem Distrikte Guldbringe an, während kaum einer in den übrigen Teilen des Landes sich verzeichnet findet. Der Grund mag darin liegen, dafs die Beaufsichtigung der Patienten und die Anfertigung von Statistiken vielfach homöopathischen, in der Medizin nur oberflächlich bewanderten Priestern oblag, die wahrscheinlich nicht im stande waren, die anästhetische Form der Lepra als solche zu erkennen und zu diagnosticieren. In Guldbringe mag vielleicht ein mit der Krankheit gut vertrauter Arzt gelebt haben, dem die Diagnose der Lepra anaesthetica geläufiger war.

Allem Anscheine nach ist die Zahl der Leprösen auf Island weit gröfser, als sie

der officielle Bericht angiebt. Die beabsichtigte Lepraexpedition nach Island sollte sich die Lösung besonders folgender Fragen angelegen sein lassen:

1. Die genaue Zahl der Leprösen auf Island.

2. Das Verhältnis der tuberösen zur anästhetischen Form.

3. Der Grund, weshalb im Jahre 1872 anästhetische Lepröse nur in dem Distrikte Guldbringe gefunden wurden.

4. Finden sich gemilderte Formen der alten Lepra auf Island, welche die Theorien von Leloir und Zambaco stützen könnten?

5. Finden sich auf Island einige jener Krankheiten vor, die Zambaco in seiner jüngsten erweiterten Hypothese als die Nachfolger der Lepra ansieht?

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band XII. No. 3. 1894.

I. **Hydroa vacciniformis (Bazin), Hutchinsons Sommereruption,** mit histologischen Bemerkungen von John T. Bowen - Boston. Der 10jährige Patient hatte früher Masern und Typhus durchgemacht. Die gegenwärtige Affektion trat zum ersten Male vor fünf Jahren auf, als der Knabe während des Sommers sich sehr viel im Freien aufhielt. Seitdem kehrten Recidive konstant im Sommer wieder, besonders wenn der kleine Patient sich der Sonne aussetzte. Zuerst war nur das Gesicht ergriffen, später wurden auch die Hände, aber in geringerem Maſse, befallen. Der erste Ausbruch der Affektion war von Störungen des Allgemeinbefindens, Schwindel, Erbrechen etc. begleitet. Gegenwärtig ist der Gesundheitszustand, abgesehen von der Hautkrankheit, ein guter. In der Familie ist ein ähnlicher Fall nicht zu verzeichnen.

Das Gesicht des etwas blassen und anämischen Knaben ist bedeckt von dicht gehäuften und konfluierenden Gruben, welche genau das Aussehen von Pockennarben haben. Thatsächlich wurde der Knabe auch wiederholentlich gefragt, ob er die Pocken gehabt hätte. Die tiefsten Narben befinden sich auf der Nase, die infolgedessen etwas abgemagert und spitz aussieht. Auch die Ohren, besonders auf dem Helix, sind bedeckt mit narbigen Vertiefungen. Die ersten Anzeichen der Affektion, welche augenblicklich in groſser Zahl vorhanden sind, bestehen in kleinen roten Papeln und Bläschen, die dann zu Krusten eintrocknen. Zuweilen werden die Läsionen auch gröſser, abgerundet und zeigen vereinzelt eine deutlich ausgesprochene zentrale Nabelung, die von einem inneren helleren Ringe und von einem äuſseren erythematösen Hofe umgeben ist. Die Cervikal- und Submaxillardrüsen sind beträchtlich vergröſsert.

Wenn auch die Therapie die Affektion mildern konnte, so vermochte sie dennoch nicht die Recidive zu verhindern.

Verfasser bespricht die Litteratur, giebt ein kurzes Resumé der hervorstechendsten Symptome der Krankheit und teilt die histologische Untersuchung excidierter Effloreszenzen vom Ohre mit. Die Krankheit beginnt hiernach mit einer Entzündung in der Epidermis und dem oberen Teile des Coriums. Es folgt sodann die Bildung eines Bläschens in dem Rete. Schreitet der Prozeſs weiter in die Tiefe, so kommt es zur Nekrose des Coriums und der Blutgefäſse. Nach einigen Tagen zeigten die Läsionen ein vertieftes Zentrum, welches rasch eintrocknet, nach einiger Zeit abgestoſsen wird und variolaähnliche Narben hinterläſst.

II. **Die Prinzipien der Antisepsis bei der Behandlung des Ekzems,** von H. G. Klotz. (Vortrag, gehalten in der 229. Versammlung der New Yorker dermatologischen Gesellschaft.) Über Antisepsis bei der Behandlung von Hautkrankheiten ist bisher wenig geschrieben worden. Der Gegenstand verdient jedoch seitens der Dermatologen um so mehr beachtet zu werden, als es feststeht, daſs sowohl pathogene

wie nicht-pathogene Mikrobien in grofser Zahl auf der Haut sich vorfinden. Gegen das Eindringen derselben in die Lymph- und Blutgefäfse bietet die intakte, gesunde Epidermis an sich schon einen hinreichenden Schutz, anders aber, wenn sich Risse, Erosionen, Geschwüre und sonstige Diskontinuitäten in der Haut finden, durch welche Infektionsstoffe sich leichter Eingang verschaffen können. Das eiterige Stadium bei gewissen Ekzemen ist sicherlich nur auf die Anwesenheit von Mikrobien zurückzuführen, gehört also recht eigentlich nicht zum Krankheitsbild, sondern ist mehr sekundärer Natur und als Komplikation des Ekzems aufzufassen. Wenn keine lokale septische Infektion stattfände, würde, wie Redner in Übereinstimmung mit Pick annimmt, das vesikulöse oder nässende Ekzem sofort in das squamöse Stadium übergehen, ohne Eiterung durchzumachen. Das impetiginöse Ekzem bei Pediculi capitis, bei Scabies entsteht sekundär durch das Kratzen mit unsauberen Nägeln der Patienten. Derartige Zustände verlangen zuerst eine antiseptische Behandlung, am besten mit Lösungen, die besser in die Haut eindringen, als Öle und Salben. Waschungen mit schwachen Sublimatlösungen, mit Borsäurelösungen sollen bei der Behandlung der pustulösen und impetiginösen Ekzeme der Applikation von Salben, Pasten und Pflastern vorangehen. Die Karbolsäure, welche als Antisepticum dem Publikum am geläufigsten ist, eignet sich hierfür weniger, während sie gerade zum Entstehen von Ekzemen oder zur Verschlimmerung derselben nicht selten Anlafs giebt. Sehr gute Dienste leistet eine Kombination von Bleiwasser und Borsäurelösung.

Auch bei trockenen und bei erythematösen Ekzemen erwiesen sich feuchte Applikationen und Waschungen mit antiseptischen Lösungen häufig vorteilhaft. Überhaupt sollte man, wie auch Lassar es verlangt, bei der Behandlung von Ekzemen von Wasser, insbesondere von Bädern und Waschungen, viel häufiger Gebrauch machen, als es sonst geschieht. Der Schwefel, das Bismuthum subnitricum, der Teer und seine Derivate, die Präcipitatsalben verdanken ihre Heilwirkungen nicht zum wenigsten dem antiseptischen Einflusse, den sie auf die Haut ausüben. Als Puder zieht Redner die löslichen mineralischen den unlöslichen vegetabilischen vor.

Dafs neben der Antisepsis, der Unschädlichmachung der vorhandenen Infektionsstoffe die Asepsis, der zweckmäfsige Abschlufs gegen das Eindringen von Infektionserregern aus der Umgebung eine gleichwertige Rolle spielt, steht fest. Der Grundsatz: „Schütze die Haut vor allen äufseren Reizen" wird in den Lehrbüchern besonders betont und von den behandelnden Ärzten mehr beachtet, als die Antisepsis der Haut. (Nicht mit Unrecht! Denn durch schützende, luftabschliefsende Salbenverbände, durch Applikation von undurchdringlichen Pflaster- und Salbenmullen und Pasten werden einmal den in und auf der Haut vorhandenen Keimen die Bedingungen zur Entwickelung und Vermehrung genommen, und zweitens wird dem Zutritt von Infektionserregern und Reizen jeder Art auf diese Weise am besten vorgebeugt. So haben wir beim Eccema barbae und gerade bei impetiginösen Ekzemen von der Applikation einer Paste, beispielsweise der Zinkösypuspaste, weit bessere Erfolge gesehen, als von der Anwendung antiseptischer Lösungen. Ref.)

In der Diskussion, welche sich an diesen Vortrag anschliefst, spricht sich die Mehrzahl der Redner für eine streng individuelle Behandlung des Ekzems aus. Manche Ekzeme beruhten auf nervösen oder Verdauungsstörungen und müfsten dementsprechend behandelt werden. Viele Ekzeme, auch solche, welche infektiöser Natur sind, vertrügen überhaupt keine Feuchtigkeit. Der Anwendung antiseptischer Lösungen in der Ausdehnung, wie sie Klotz wünschen möchte, könnten sie schwerlich das Wort reden.

III. **Ansichten eines hervorragenden japanesischen Spezialisten über Lepraangelegenheiten**, von A. S. Ashmead - New York. Das Buch ist betitelt:

„*Nambio-ji-riyo*“ und bedeutet: „Die heimische Behandlung der Lepra.“ Die beiden Verfasser Goto Shochoku, Sohn, und Goto Shobun, Vater, gehören zu den hervorragendsten Leprologen in Japan und sind Leiter des gröfsten japanesischen Leprahospitals. Das Buch ist in Tokio im Jahre 1882 publiciert worden.

In der Vorrede, die von Nagasaka, einem Freunde Gotos, verfafst ist, sagt jener: „Die Lepra ist eine alte Krankheit und war alt sogar schon zu Confucius Zeiten.“ Einer japanischen Legende nach zu urteilen, mufs die Lepra schon im 7. Jahrhundert v. Chr. existiert haben.

Die Lepra ist nach Goto, wenigstens was Japan betrifft, nicht kontagiös; sie ist der in Japan herrschenden Ansicht nach vielmehr eine ererbte Krankheit und trifft zumeist männliche Personen im Alter von 20—30 Jahren. Kleine Kinder werden nicht befallen. Die Lepra ist keine ausschliefsliche Hautkrankheit, sondern eine Konstitutionskrankheit, die auf eine Verunreinigung des Blutes durch ein Gift hervorgerufen wird. Das vergiftete Blut verliert seine ernährende Kraft, und aus der mangelhaften Ernährung der Gewebe erklären sich alle Symptome, welche die Lepra macht.

Der Autor unterscheidet drei Stadien der Krankheit: Das erste Stadium kann entweder schleichend verlaufen mit Röte im Gesicht, Parästhesien, Jucken, Verstopfung, psychischer Depression, Kräfteverfall, Verdauungsstörungen und Hitze- und Kältegefühl etc., oder es kann die Patienten plötzlich und sofort heftig befallen mit Schüttelfrösten und darauffolgendem Hitzegefühl, mit schmerzhafter Schwellung im Gesicht, Flecken auf der Haut, Schwindel und Delirien. Nach und nach nimmt die Sensibilität ab.

Im zweiten Stadium verlieren die Zehen, Finger und Ellenbogen ihr Gefühl; die Augenbrauen gehen verloren; auf der Haut zeigen sich Eruptionen. Meistens merken die Patienten erst jetzt, dafs sie leprös sind.

Das dritte Stadium charakterisiert sich durch knotige Verdickungen und Schwellungen auf dem Gesicht, an Händen und Füfsen. Die Hautfarbe geht Veränderungen ein. Diese Symptome stellen die feuchte Lepra dar. Es giebt aber noch einen anderen Symptomenkomplex im dritten Stadium, welches der Autor die trockene Lepra nennt. Bei der letzteren nimmt man keine Farbeveränderung, keine Eruptionen, keine Schwellung wahr; nur Abmagerung und Atrophie und ein entsprechend atrophisch glänzendes Aussehen der Haut, ferner starke Herabsetzung der Sensibilität zeichnen diese trockene Form der Lepra aus. Dieselbe befällt zumeist fette, korpulente Leute.

In dem dritten Stadium sowohl der feuchten, wie der trockenen Form kommt es zuweilen auch zu Verstümmelungen und Verkrümmungen von Gliedern, zum Haarausfall, zu Neuralgien, zu Augenkrankheiten etc.

Der Tod tritt nach 5—7—10—15 Jahren infolge von Wassersucht oder Dysenterie oder Marasmus, oder von schweren Komplikationen ein.

Die Behandlung ist darauf gerichtet, das Blut zu verbessern und die begleitenden krankhaften Zustände zu beseitigen. Für den ersten Zweck dient unter vier Mitteln vor allem eins, welches Goto selbst erfunden und das er die Königin der Medizin nennt. Goto ist von der Wirksamkeit seiner Erfindung so überzeugt, dafs er diejenigen Leprösen beglückwünscht, welche in seinem Zeitalter leben und diese Gelegenheit zu ihrer Heilung nicht unbenutzt vorübergehen lassen.

Neben den innerlichen Mitteln empfiehlt der Verfasser hygienische Mafsregeln, welche sich an erster Stelle auf die Wohnung der Patienten beziehen, dann auch die Luft, Nahrung und Kleidung zu berücksichtigen haben. Sexuellen Verkehr und Masturbation verbietet der Autor den Patienten auf das strengste. Bis zum letzten

Atemzuge soll man die Kranken bewachen, um sie vor Selbstbefleckung zu bewahren.

IV. **Ein Fall von Molluscum fibrosum,** von J. H. Pooley-Toledo (Ohio). Der 58jährige, verheiratete, aber kinderlose Patient hatte als Knabe die Gewohnheit, öfters in einem Kanal, der schmutziges Wasser enthielt, zu baden. Als er einmal im Alter von zehn Jahren mehrere Stunden bei kühlem Wetter in dem Kanal gebadet hatte, wurde er beim Nachhausegehen plötzlich schwach und konnte sich nur mit Mühe heimschleppen. Zu Hause angelangt, mufste er sich sofort zu Bett legen. Gesicht, Brust, Bauch waren stark gerötet, teilweise geschwollen. Er konnte seine Augen nicht öffnen und fieberte stark. Der herbeigeholte Arzt erklärte, es wäre Erysipel. Die Krankheit dauerte damals über einen Monat. Während der Rekonvalescenz schälte sich die Haut des ganzen Körpers. Unmittelbar darauf zeigten sich kleine Erhabenheiten oder Geschwülste an seiner Brust, die sich in kurzer Zeit rasch über die ganze Körperoberfläche verbreiteten.

In der Familie ist ein ähnlicher Fall nicht zu verzeichnen.

Gegenwärtig zeigt der etwas stupide Patient zahllose, auf Brust und Rücken dichtgedrängte, auf dem Kopfe, Halse und den Extremitäten mehr einzelnstehende, zumeist erbsengrofse runde Tumoren, die sowohl klinisch wie mikroskopisch sich als Molluscum fibrosum erweisen. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Die Hautkrankheiten, von Malcolm Morris. (Cassell & Co. 1894. London.) Es ist kein grofses Kompendium, das uns der bekannte Autor geliefert hat. Wer mehr wissen will, als in dem Buche steht, dem rät Morris, Crockers oder Kaposis Lehrbuch zur Hand zu nehmen. In dem kleinen Umfange bringt das Buch doch viel des Wissenswerten und wird auch weitgehenden Ansprüchen, jedenfalls den Anforderungen des Studierenden und beschäftigten Praktikers genügen.

Was die Einteilung der Hautkrankheiten betrifft, so geht natürlich auch Morris, wie jeder Autor eines neuen Lehrbuches, seinen eigenen Weg. Unser Wissen, sagt Morris, bezüglich der Pathologie, der Ätiologie und selbst der Symptomatologie mancher Hautkrankheiten ist nicht abgeschlossen, folglich kann auch kein System ein abgerundetes sein. Am besten ist es deshalb, die Hautkrankheiten so einzuteilen, dafs auch die Therapie daraus Nutzen ziehen kann.

So nimmt sich Morris denn die Ätiologie zur Richtschnur und klassificiert die Hautkrankheiten folgendermafsen:

1. Hautaffektionen, welche auf einer Nervenstörung beruhen.

2. Artificielle Ausschläge: a) die in äufseren Irritamenten begründet sind (ausgenommen sind die durch animalische und vegetabilische Parasiten hervorgerufenen Affektionen); b) die eine innere Ursache haben (verschluckte Substanzen — Nahrungsmittel, Arzeneien).

3. Krankheiten, bei welchen die Ätiologie gegenwärtig noch unklar oder unbekannt ist, wie beim Ekzem, bei der Psoriasis, der Pityriasis rubra und den Neubildungen.

4. Krankheiten, welche der Wirksamkeit von Parasiten ihr Entstehen verdanken: a) lokale, b) allgemeine ansteckende Krankheiten.

Die erste Klasse zerfällt in fünf Unterabteilungen:

a) reine sensible Störungen — Anästhesie, Hyperästhesie, Parästhesie, Pruritus

b) reine motorische Störungen — Gänsehaut, durch Zusammenziehung der Arrectores pili entstanden.

3. Reine vasomotorische Störungen, welche abnorme Gefäfsverengerungen oder Gefäfserweiterungen in der Haut verursachen, z. B. Urticaria, gewisse Formen von Erythema, umschriebenes Odem, Hauthämorrhagien etc.

4. Trophische Störungen, welche lokale Ernährungsstörungen in der Haut verursachen. Diese Klasse umfafst gewisse Erytheme, die „glossy skin", gewisse Ekzeme, den Herpes zoster, Pemphigus und gewisse Formen der Ulceration und Gangrän, Decubitus, die Raynaudsche Krankheit, einige Varietäten des Ödems, die Sklerodermie, Lepra anaesthetica, Leukodermie und andere Pigmentanomalien. Gewisse Affektionen der Nägel.

5. Störungen der Drüsensekretion: a) Schweifsdrüsen — Hyperidrosis, Haematidrosis, Anidrosis, Bromidrosis etc.; b) Talgdrüsen — Rosacea, Seborrhoe; c) Haarfollikel — Kahlheit, Ergrauen.

Die einzelnen Kapitel sind mit aufserordentlichem Geschick bearbeitet. Das Kapitel über das Ekzem gehört zu dem besten, was über diesen Gegenstand geschrieben worden ist. Morris ist ein feiner Beobachter und ein origineller Denker. Er wird niemals langweilig. Man mag ihn auf dem Boden eines Festbanketts oder in St. Mary's Hospital sprechen hören, überall wirkt er anziehend, nicht zum wenigsten durch sein sonores Organ und seine klare Ausdrucksweise. Und wie er spricht, so schreibt er auch, klar und verständlich, präcis, erschöpfend und anregend. Man wird Morris ebenso gern lesen, wie man ihn mit Vergnügen hört.

Das Buch darf getrost mit den besten seiner Art konkurrieren. Namentlich kann es deutschen Studierenden und Ärzten, welche sich über die Hautkrankheiten an einem leicht verständlichen, fliefsenden, guten Englisch orientieren wollen, nicht warm genug empfohlen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Bericht über die Philadelphia Dispensary für Hautkrankheiten, von Henry W. Stelwagon. Verfasser berichtet über 4200 Fälle, welche während seiner 10jährigen Praxis als Arzt der Philadelphia Dispensary mit wenigen Ausnahmen in seiner Behandlung gewesen sind. Verhältnismäfsig grofs ist die Zahl von Molluscum contagiosum. Unter anderen selteneren Krankheiten sind erwähnt Morphoea, Dermatitis herpetiformis, Dermatitis papillaris capillitii, Dermatitis exfoliativa und Pityriasis rosea. Seit der Einwanderung der letzten Jahre sind Scabies und Favus an der Tagesordnung, während früher kaum 10—15 Fälle im Jahre zur Beobachtung kamen. Die Krankheiten werden nach ihrer Häufigkeit tabellarisch aufgeführt, die Fälle analysiert, mit zahlreichen, interessanten und instruktiven Bemerkungen zur Diagnose, Ätiologie und Therapie der jeweiligen Krankheit versehen. Die Krankengeschichte einiger seltener und interessanter Fälle wird ausführlich mitgeteilt.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über die Natur des Ekzems,[1] von Prof. Dr. E. Schwimmer-Budapest. (Autoreferat.) Referent erwähnt nach einer kurzen einleitenden Darstellung der verschiedenen Definitionen, mittelst welcher man das Ekzem richtig zu beurteilen unternahm, den von Hebra angestellten Versuch, durch einen auf die Haut angebrachten äufseren Reiz ein künstliches Ekzem hervorzurufen, um das Wesen dieses Leidens leichter beurteilen zu können. Referent schliefst sich jedoch der Meinung nicht an, dafs man jenes Übel, welches wir in klinischem Sinne Ekzem nennen, identisch wäre mit jener künstlich hervorgerufenen entzündlichen Veränderung, da selbe mitunter dem wirklichen Ekzem gleicht, mitunter jedoch eine von selbem verschiedene Affektion darstellt. Dieser Weg des Experimentes führt also nicht zu einer richtigen Deutung über die Natur dieses Leidens, und Referent versucht nun, in anderer Weise zu einer klaren Beurteilung zu gelangen. Nach seiner Ansicht kann dies sowohl vom anatomischen als klinischen Standpunkte aus geschehen.

Die anatomische Beurteilung des Ekzems lehrt, dafs die Veränderungen in den Corium- und Papillarschichten zur Exsudation führen, welche die Reihe der bekannten Effloreszenzen zur Folge hat. Die nie fehlende Transsudation im Corium als Folge der Hyperämie in den oberen Cutisschichten berechtigt demnach, das Ekzem als einen Katarrh der allgemeinen Decke zu bezeichnen, und wir können die Hyperämie und Transsudation als die zwei typischen anatomischen Veränderungen beim Ekzem jedesmal vorfinden.

Die klinische Beurteilung des Ekzems ist etwas verwickelter, denn man findet bei selbem eine Summe von Krankheitsvorgängen, welche eine einheitliche Definition schwer ermöglichen, denn die erkrankte Haut weist einen Wechsel der Krankheitsbilder auf, welcher durch den Verlauf des Übels veranlafst wird und in den einzelnen Stadien die erkrankte Haut mehrfach umgestaltet. Ein die klinischen Erscheinungen ergänzendes Symptom bildet das stets vorhandene Jucken.

Referent erörtert weiter die zwei wesentlichen Verlaufsformen des Ekzems, und zwar: die akute und chronische Form desselben. Die Ansicht einzelner Autoren, ersteres als typisches und letzteres als atypisches Hautleiden zu bezeichnen, erscheint in gewissem Sinne gerechtfertigt, weniger aber die in den einzelnen Lehrbüchern eingehaltene Beschreibung der Ekzeme nach der Örtlichkeit, da der pathologische Begriff des Ekzems überall ein identischer ist und die Unterabteilung nach Lokalitäten eher einen klinischen Behelf darbietet, um diese Erkrankung auch an jenen Stellen richtig zu erkennen, wo die anatomischen Verhältnisse eine Abweichung von dem Ekzemtypus veranlassen.

Das Eczema seborrhoicum wird nun vom Referenten einer eingehenden Kritik unterzogen, teils wegen der Sonderstellung, welche Unna diesem Leiden zu geben versucht, teils wegen der Verwirrung, die diese Bezeichnung selbst veranlafst hat. Die Ansicht, dafs man es hierbei mit einem parasitären, zu einem chronischen

---

[1] Vortrag, gehalten auf dem XI. Internationalen Medizinischen Kongresse in Rom.

Hautkatarrh führenden Leiden und seinen Folgezuständen zu thun habe, kann Referent, trotzdem diese Bezeichnung und die hierfür gegebene Erklärung mehrfache Anhänger gefunden hat, durchaus nicht teilen und entwickelt diese seine Gegenansicht in eingehender Weise.

Um nun zur Erforschung des Wesens des Ekzems zu gelangen, bezeichnet Referent, von der anatomischen Grundlage ausgehend, eine eigentümliche Abnormität in der Hautthätigkeit als einen Stützpunkt für den Krankheitsprozefs, welcher jedoch noch nicht vollkommen klargelegt ist. Diese Abnormität bildet eigentlich das Punctum saliens für die Beurteilung der Natur des Ekzems und nachdem der Autor die verschiedenen landläufigen Definitionen des Ekzems, kurz berührte, entwickelt er seine eigene Definition. Selbe lautet: „Das Ekzem stellt einen entzündlichen Krankheitszustand der oberen Corium- und der anschliefsenden Malpighischen Schichten dar, bei welchem der exsudative Vorgang der Anlafs von Effloreszenzbildungen wird mit gleichzeitigen Reizungszuständen der Hautnerven und mehr oder weniger andauernder Ernährungsstörung des erkrankten Gewebes." Das Ekzem ist demnach eine wahre Epidermodermitis.

Referent wendet sich nun zur Ätiologie des Ekzems, welche wohl den wichtigsten, aber auch den dunkelsten Punkt der ganzen Ekzemlehre darstellt, und die als örtliche und als allgemeine Ursachen zu gelten haben. Die letzteren teilt er in drei Gruppen ein und bezeichnet sie a) als konstitutionelle, b) als nervöse, c) als durch Mikrobien erzeugte Ursachen. Zu den konstitutionellen gehören aufser den Erkrankungen allgemeiner Natur, wie Skrophulose, Lymphatismus, nur wenig sicher erwiesene Allgemeinerkrankungen. Referent hält sich diesbezüglich sehr reserviert gegenüber den von englischen und französischen Autoren gern namhaft gemachten gichtischen, diabetischen und anderen Momenten. Auch die Annahme, das Ekzem als metastatischen Prozefs infolge innerer Erkrankungen zu bezeichnen, ist nur schwer und nicht genügend sicher zu begründen. Andererseits kann man nicht leugnen, dafs ein zufälliges Auftreten und Schwinden einer inneren Erkrankung und eines Ekzems für eine gewisse Abhängigkeit zu sprechen scheint, ohne dafs man jedoch wohl konstatierte Beweise hierfür aufzubringen vermöchte.

Was den Zusammenhang mit nervösen Affektionen betrifft, so wurde dies schon ebenso oft bestritten, wie behauptet, und wenn auch das Postulat nicht leicht zu erfüllen ist, dafs man auch anatomische Beweise für diese Ansicht herbeischaffe, so ist die Summe der klinischen Erfahrungen für diese Annahme doch eine so reichliche, dafs man selber eine gewisse Bedeutung zuerkennen mufs. Referent stützt seine Ansicht auch auf die Entwickelung des Hautgewebes im Embryonalleben.

Was nun schliefslich den Einfluss der Mikrobien auf das Entstehen des Ekzems betrifft, so kann Referent hier nichts Positives anführen, was zu Gunsten dieser Annahme sprechen dürfte, da man die bekannten parasitären Ekzeme nicht identificieren darf mit den auf bakterieller Grundlage beruhenden Krankheitszuständen.

Referent schliefst nun seine Arbeit über das eingangs erwähnte Thema mit der Erklärung, dafs man wohl verschiedene Momente für das Entstehen des Ekzems verantwortlich machen kann, dafs man jedoch einen Komplex von Zuständen vor sich hat, welche eine einheitliche Beurteilung nicht zulassen, dafs das Wesen der Erkrankung in der Cutis zu liegen scheint und der Anstofs zur Erkrankung in vielen Fällen wesentlich durch den Einfluss des Nervensystems mitgegeben wird.

Über Invasion von Hautkokken bei Ekzem, von Jakob Bernheim. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1894. No. 5 und 5.) Das Ekzem wird gewöhnlich als ein das Leben nicht gefährdendes Leiden angesehen. Im Gegensatz hierzu hat

Oscar Wyss seit langen Jahren bei Säuglingen beobachtet, dafs im Verlauf eines akuten Ekzems der Tod plötzlich oder nach vorausgegangenen centralen Symptomen erfolgen kann; die Sektion ergab stets geringfügigen Befund. Ein solcher Fall von „Ekzemtod" gab Verfasser Veranlassung zu bakteriologischen Untersuchungen. Es handelte sich um ein vier Monate altes Kind mit hochgradigem nässenden und krustösen Ekzem am behaarten Kopf, am Gesicht, Brust, Händen; Nackendrüsen hart, geschwollen, im Harn eine Spur Albumen, Vergröfserung der Milz. — In einer Nacht wurde das Kind tot im Bette gefunden. Die Sektion ergab akute Enteritis im Dünn- und Dickdarm, Milzschwellung, parenchymatöse Leberveränderung, Lungenödem. — Es wurde nun eine bakteriologische Untersuchung der Perikardial-, Hirnventrikelflüssigkeit, des Blutes, des Leber- und Milzsaftes vorgenommen ergab als Resultat drei Bakterienarten: Staphylococcus pyogenes albus, Staphylococcus pyogenes citreus und Diplococcus albicans tardus (Unna, Tommasoli), deren Charakteristik genauer geschildert wird. Die Organe wurden in 4 % Sublimatlösung fixiert, in absolutem Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet. Färbung mit Hämatoxylin und Eosin oder Eosin und Loefflers Methylenblau unter Entfärbung mit Essigsäurewasser (1—2 Tropfen auf 10 Wasser). Die Lunge weist starke Füllung der Kapillaren, in ihnen verhältnismäfsig viel eosinophile Zellen, in der Umgebung der Arterien Anhäufungen von Rundzellen auf. Die bei der Sektion lufthaltig erschienene Lunge zeigt doch deutliche pneumonische Herde. Es finden sich zwei Arten von Diplokokken in den Alveolen und im interstitiellen Bindegewebe. Milz und Leber weisen keine Kokken auf. Die Niere zeigt starke Hyperämie der Gefäfse zwischen Mark und Rinde, sowie der Arteriae und Venae interlobulares auf, nicht derjenigen in den Glomerulis; Harnkanälchenepithel in den hyperämischen Teilen trübe geschwollen; auffallend sind runde und ovale Körner verschiedener Gröfse, die aber sicher keine Kokken sind.

Die Follikel im Dünndarm sind grofs und sehr zahlreich; Rundzellenanhäufungen und umschriebene Nekrosen der Mucosa; an diesen Stellen feine Stäbchen, seltener Diplokokken und dicke Stäbchen; in nekrotischen Teilen des Dickdarms findet man plumpere Stäbchen.

Dafs bei Ekzemen Mikroorganismen in den Körper eindringen können, ist verständlich. Elsenberg beschrieb einen Todesfall bei einem Manne, der nach Inunktionen ein nässendes Ekzem bekam; in der Leiche fand man Staphylococcus albus. Dafs die Mikroorganismen in dem Falle des Verfassers aus der Haut stammen, dafür spricht, dafs die eine der drei Bakterien nur als Bewohnerin der Haut gefunden ist, und dafs bei Schnitten durch die ekzematösen Teile die Kokken da, wo Epithellücken bestehen, bis in das Corium eingedrungen sind, sich von hier in das subkutane Bindegewebe erstrecken und stellenweise die Lymphgefäfse dicht ausfüllen. In einem anderen Falle bei einem $1^1/_2$ Jahre alten Knaben konnte Verfasser während eines Fieberanfalls im Blute den Staphylococcus pyogenes aureus nachweisen, der sich als sehr virulent erwies; nach Ablauf des Fiebers war derselbe nicht mehr zu finden. In anderen, ähnlichen Fällen gelang Verfasser es aber nicht, Mikrobien im Blute zu konstatieren.

Tierimpfungen mit dem Diplococcus albicans tardus bewirkten bei Mäusen Tod in $1^1/_2$—2 Tagen, mit allen drei Arten schon in 10—16 Stunden; der Befund war ähnlich wie bei dem Kinde. Wahrscheinlich ist dieses also an der foudroyanten septischen Infektion mit allen Arten zu Grunde gegangen. Therapeutisch ist der Fall insoweit von Bedeutung, als er vor der Applikation von Salben die Applikation desinficierender Lösungen (2 % Borsäurelösung) als notwendig erscheinen läfst.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine Form von Erythrodermia exfoliativa (Besnier-Doyon), von Dr. L. Philippson. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893.) Ein 56jähriger Herr bemerkte zuerst eine Verdickung und Abblätterung der Haut an den Fingerspitzen mit gleichzeitigem Jucken, später traten auch an der Hohlhand solche „Hühneraugen" auf, die Haut war gespannt, bekam leicht Rhagaden. Von dieser Zeit ab entwickelte sich eine ausgedehnte Erkrankung an Armen, Brust und Hüftgegenden, bei den Kniekehlen; die Haut nach ½ Jahr geschwollen; Schwielen in der Palma; festes Ödem an der Rückenfläche der Hand und am Arm, besonders links; diffuse Rötung, auf Druck einer gelblichen Verfärbung Platz machend, bei stark ausgeprägter Oberhautfelderung; lebhaft rote Fleckchen mit glänzender, glatter Hornschicht zeigen den Beginn des Prozesses; Abschilferung der Hornschicht in Form dünner, glänzender, festsitzender Schuppen; die Röte nimmt vornehmlich die Beugeseiten ein und wird durch normale Partien unterbrochen. Der Patient klagt über Spannung und Jucken. Bleikarbolsalbenmull, später 5 % Chrysarobinsalbe erzielten erhebliche Besserung, fast Heilung.

Verfasser erörtert nun die Diagnose, scheidet die Pityriasis ruber aus, ebenso das Ekzem wegen der fehlenden Knötchen und Bläschen und stellt als die primäre Veränderung die Erythemflecke. Das Leiden ist ein chronisches, juckendes, abschuppendes Erythem. Eigentümlich und nicht recht zu erklären ist das Ödem. Solche Zustände können im Geleite von Ekzem, Psoriasis, Lichen ruber sich entwickeln; die primären, mit einer Rötung und Abschuppung einhergehenden Fälle hat Brocq bekanntlich zu einer Krankheitsgruppe vereinigt; zu dieser zählen die akuten, subakuten und chronischen, scharlachähnlichen Dermatitiden, die schwere Pityriasis rubra (Hebra) und die benigne Pityriasis rubra. Letztere unterscheidet sich von der scharlachähnlichen Dermatitis durch das Fehlen des Fiebers, die feinere Abschuppung, das Nichterkranktsein der Haare und Nägel, von der Hebraschen Pityriasis rubra durch den gutartigen, kürzeren Verlauf.

Besnier und Doyon bezeichnen diese Fälle als Erythrodermies exfoliantes mit akutem oder chronischem Verlauf; zu dieser Gruppe gehören auch die Fälle mit chronischer Rötung, feiner Abschuppung, Verdickung und Infiltration der Haut. Letzteres Symptom hat auch zu der Benennung Dermatitides lymphoides geführt. Im ganzen bedarf diese Krankheitsgruppe einer genaueren Sonderung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

b. *der Cutis.*

Fliegen und Furunkel, von H. Leloir. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 583.) L. berichtet über mehrere Fälle, in denen nach dem Stich kleiner schwarzer Fliegen heftige Furunkel sich entwickelten. In dem aus der Nachbarschaft dieser Furunkel entnommenen Blute fand er stets Staphylokokken, und zwar meistens den Staphylococcus pyogenes aureus. Einmal gelang es auch, einer solchen Fliege habhaft zu werden, aus der sich ebenfalls eine Staphylokokken-Kultur züchten liefs.

Türkheim-Hamburg.

Molinié teilt einen Fall von **Adenitis der mittleren Regio suprapubica nach Ulcus venereum** mit, d. h. einer Gegend, wo normalerweise Lymphdrüsen fehlen. (*Trav. et compt. rend. de la clin. de derm.-syph. de Toulouse.* I. 1893.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Wunden im Ohrläppchen und ihre Beziehungen zu den Ohrringen, von H. Leloir. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 580.) L. schreibt die kleinen Risse und Wunden im Ohrläppchen, die man so häufig bei ohrringtragenden Frauen trifft, nicht einzig und allein dem Gewicht der Ohrringe, auch nicht der skrophulösen Beschaffenheit der betreffenden Frauen zu, sondern beschuldigt für die meisten Fälle

die Eitererreger der Entzündung und empfiehlt dementsprechend ein antiseptisches Verfahren. *Türkheim-Hamburg.*

Bemerkungen über einen Fall von Karbunkel, behandelt mit Excision desselben, von E. Lawrie. (*Brit. med. Journ.* 16. Dezember 1893.) Genau nach der Vorschrift von Rushton Parker behandelt Verfasser den Karbunkel und seit Jahren auch die Bubonen fast ausschliefslich durch Excision und hat ganz vorzügliche Resultate zu verzeichnen gehabt. Verfasser beschreibt einen Fall und schliefst daran Bemerkungen über das Quantum von Chloroform und die Dauer der Narkose bei derartigen Operationen. *C. Berliner-Aachen.*

In der medizinischen und chirurgischen Gesellschaft Bordeaux berichtete Davezac über einen Fall von **Pustula maligna** der Schläfengegend mit hochgradigem Ödem des Gesichts, aber ohne Lymphdrüsenanschwellung und Fieber. Derselbe heilte rasch durch subkutane Karbolsäurelösungen in der Umgebung des Herdes (1%).

Troquart hält diese Behandlungsweise für gänzlich unzureichend und verlangt aufserdem Kauterisation mit dem Glüheisen oder mit Sublimat.

Courtin zweifelt überhaupt an der Richtigkeit der Diagnose D.'s in Anbetracht der Leichtigkeit, resp. des Fehlens von Allgemeinerscheinungen, welche die Pustula maligna immer begleiten. Fliegenstiche können ähnliche lokale Erscheinungen verursachen, heilen aber ziemlich rasch unter entsprechender Behandlung (wenn es sich eben nicht um Anthraxgift handelt). (Nach *Rif. med.* 1893. No. 265.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Peroneito erwähnt eines Falles von **Pustula maligna** mit letalem Ausgange, den er in Sicilien beobachtete. Dort erreicht die Sommertemperatur 28°—52° C. Damit ist, trotzdem das Gegenteil behauptet wurde, der Beweis geliefert, dafs die Affektion auch in heifsen Gegenden vorkommt. (*Rif. med.* 1894. No. 10.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Proust berichtet über einen Fall von **Pustula maligna,** bei welchem die Infektion durch Berührung mit aus China importierten Ziegenhäuten entstanden war. Die Untersuchung dieser letzteren ergab, dafs sie ein Insekt (Dermestes vulpinus) führten, deren Leib und Extremitäten Milzbrandbacillen enthielten. (*Progrès méd.* 1894. No. 2.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz.)*

Philippson-Hamburg: **Wesen und Behandlung der Acne vulgaris** (*Therap. Monatsh.* 1893. Nov. Nach *Allg. med. Centr.-Ztg.* 1894. No. 4.) Da die Ätiologie der Akne noch dunkel, ist nur eine symptomatische Behandlung möglich, welche vielfach eine chirurgische zu sein hat, besonders bei der intensivsten Form. Man öffnet die eingeschlossenen Eiterherde, drückt den Inhalt aus, excidiert brückenförmige Stränge, durchschneidet das indurierte Gewebe und bahnt so den Beginn der Erweichung an, hierauf wird zur Offenhaltung der Abscefsöffnung ein 50%iges Salicylpflaster aufgelegt, welches auch zur Reinigung der Abscefshöhle und Anlegung der Hautstücke dient. Umschläge von Bleiwasser oder essigsaurer Thonerde erweichen die Haut, bringen die Pusteln zum Verschwinden, setzen die Reizbarkeit der ganzen Hautpartie herab. Die mildere Form der Akne zeichnet sich durch zahlreiche Komedonen und viele zerstreut oder in Gruppen stehende Knötchen aus. Hier haben die Schälpasten ihre Wirksamkeit zu erweisen. Sie reizen und bewirken, dafs die Hornschicht oder der mehr oberflächliche Teil derselben rascher sich ablöst und in Form von Lamellen abfällt. Vielleicht erfolgt dabei auch in den Talgdrüsenmündungen ein Prozefs der Abstofsung resp. Abschuppung. Solche Wirkung haben namentlich Seife, Salicylsäure, Naphtol, Resorcin und Schwefel, die man auch verbinden kann. Folgende Formeln aus Lassars Klinik lassen sich empfehlen:

Naphtol	10,0	*Naphtol*		*Resorcini.*	
Vasel. flav.		*Camphor. trit.*		*Zinci oxyd.*	
Sapon. virid. ā	20,0	*Vaselini flav.*	ā 10,0	*Amyli puri*	ā 5,0
Sulfur. praecip.	50,0	*Pulv. cret. alb.*	5,0	*Vaselini flavi*	15,0
mf. pasta.		*Saponis viridis*	15,0	mf. pasta.	
(Lassar.)		*Sulfur. praecip.*	50,0	(Isaac.)	
		mf. pasta.			
		(Oesterreicher.)			

Man kann diese Pasten entweder solange mittelst Verbände anwenden bis Entzündung erfolgt, oder man trägt sie nur ¼—½ Stunde lang auf, wischt sie dann ab und pudert ein. Für letzteren Zweck passen I und II, für längere Zeit die mildere Paste III. Nach eingetretener Schälung pflegt eine weiche Hautoberfläche zu hinterbleiben. Zum leichtesten Grad der Aknebildung gehören diejenigen Fälle, in denen bald an Lieblingsstellen (Nacken, Stirn, Kinn) oder willkürlich nur einzelne Knötchen auftauchen. Hierbei verwendet Philippson: Acidi acet. conc., Tinct. benzoës, Spirit. camphor. ā 6,0, Spirit. ad. 100,0. D. S. Waschmittel, morgens und abends mit Schwamm einzureiben. Die Essigsäure schränkt offenbar den Nachwuchs von Akneknoten ein und bringt die schon vorhandenen zur Schrumpfung. Die Komedonen verringern sich indes auf Applikation von Essigsäure hin nicht.

Neuhaus-München.

Delie heilte einen Fall von hochgradiger **Acne rosacea durch Ablatio nasi und Rhinoplastik.** Das aus der Nase entfernte Hautstück bildete ein Dreieck von 7,5 cm Basis und 5 cm Höhe. (*Revue intern. de rhinol., otolog. et laryngol.* 1893. No. 24.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Folliculitis bucco-pharyngea, von Davezac. (*Journ. des mal. cut. et syph* 1893. S. 719.) Das Leiden begann bei dem 28jährigen Patienten ohne jede ärztliche Vorgeschichte mit kleinen Vesikeln auf der Vorderfläche des Gaumensegels. Die Bläschen platzten sehr bald und wandelten sich in knotenförmige Geschwüre um. Nachdem auch eine antisyphilitische Behandlung erfolglos geblieben war, erzielte D. mit dem Thermokauter Heilung. Es traten dann noch einmal Nachschübe von Bläschen auf, die alle der nämlichen Behandlung wichen. Fieber bestand niemals dabei, nur allgemeine Schwäche.

Türkheim-Hamburg.

Folliculitis depilans der haarlosen Körperstellen, von W. Dubreuilh. (*Arch. clin. de Bordeaux.* 1894. No. 2.) Von dieser durch Arnozan benannten Affektion hat Verfasser zwei weitere Fälle beobachtet, wovon er die Krankengeschichte mitteilt. Die Krankheit besteht aus peripher fortschreitenden Herden von roten, kegelförmigen Papeln, die im Zentrum ein Härchen führen, bis bohnengroß werden können und zuweilen an der Spitze eine kleine Pustel oder eine Borke tragen. Später verwandeln sich diese Papeln in braunviolette, dann braune Flecke, wobei die Härchen ausfallen und eine weiße oder bräunliche punktförmige Narbe zurückbleibt. Die Herde umgiebt eine gegen die gesunde Haut nicht scharf abgegrenzte Zone in Entwickelung begriffener Follikulitiden. Sitz der Affektion sind fast ausschließlich Beine, Knie und untere Partie der Oberschenkel; in einem Falle (von den vier bisher bekannten) war Perineum und Innenfläche der Oberschenkel befallen.

Histologisch charakterisiert sich die Dermatose als eine sehr dichte Infiltration der Follikelumgebung mit embryonalen und Riesenzellen. Die benachbarte Cutis enthält massenhafte Mastzellen, zeigt aber keine entzündlichen Erscheinungen. Wahrscheinlich handelt es sich um eine parasitäre Affektion, doch gelang es Verfasser nicht, Mikroorganismen in den Präparaten nachzuweisen.

C. Müller - Freiburg (Schweiz).

Über drei Fälle von Kehlkopferysipel berichtete Lunin in dem Deutschen ärztlichen Verein in St. Petersburg, Sitzung vom 22. November 1893. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1894. No. 1.) Der erste Fall endete schnell in Heilung, der zweite erforderte die Tracheotomie, endete aber auch günstig, der dritte, ein 63jähriger Gelehrter, ging an Pneumonie zu Grunde. Alle drei boten das Bild einer phlegmonösen Laryngitis, die im zweiten Falle zur Eiterung im submukösen Gewebe, im dritten durch Herabsteigen des Prozesses längs Trachea und Brochien die Pneumonie bewirkte. Verfasser will beide Bezeichnungen, Laryngitis erysipelatosa und phlegmonosa beibehalten und so differenzieren, wie man auf der Haut Erysipel und Phlegmone differenziert. Die Ursache aber ist in beiden dieselbe, da ja nach neueren Anschauungen der Erysipelcoccus und der Streptococcus pyogenes identische Mikroorganismen sind. Das auffallendste beim primären Larynxerysipel ist das plötzlich eintretende, aber sehr schwankende Fieber, die heftigen Schmerzen besonders beim Schlucken und bei Druck auf die Cartilago thyreodea, bedingt durch Entzündung der peritrachealen und laryngealen Drüsen, und der laryngoskopische Befund. Allgemeinerscheinungen und lokale gehen nicht immer einander parallel. Gefahr droht durch Erstickung, durch Fortschreiten auf die Atmungswege, durch schwere Infektion und durch Ausbreiten einer latenten Lungentuberkulose. Behandlung: Eis innerlich und äufserlich, Sublimatinhalationen, Skarifikationen, event. Tracheotomie.

Rauchfuss hält die Bezeichnung infektiöse Laryngitis, resp. Pharyngitis in solchen Fällen für ausreichend.

Kernig weist auf die Seltenheit des Larynxerysipels, auf Erysipelstationen der Krankenhäuser hin.

de la Croix: Das Erysipel kann vom Pharynx aus auch ohne Affektion des Kehlkopfes längs dem Zellgewebe zu beiden Seiten desselben auf das Zellgewebe des Mediastinum Pleura und Lungen übergehen. Die weitere Diskussion ergiebt keine bemerkenswerten neuen Gesichtspunkte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nach Bergé sind sowohl **Erysipel als Scarlatina und Lymphangitis durch Streptokokkeninfektion bedingt.** So ist die Scarlatina weiter nichts als eine Streptokokken-Amygdalitis mit Bildung und Resorption erythemerzeugender Toxine. Derselbe Parasit ist bei der puerperalen und traumatischen Scarlatina im Spiele. Je nach dem Boden, auf dem das Virus zur Entwickelung kommt, der individuellen Reaktion, der Lokalisation und des Modus der Inokulation, sowie gewisser bakteriologischer und chemisch-biologischer Verhältnisse entstehen äufserlich verschieden aussehende Affektionen (Erysipel, Phlegmone etc.), die aber ätiologisch gleichwertig sind und auch sonst vielfach übereinstimmen.

Ricochon hat auch eine Anzahl von Beobachtungen gesammelt, welche diese Anschauungsweise B.s unterstützen. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 1.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

Erysipel und Tuberkulose, von Nannotti. (*Rif. med.* 1893. No. 1.) Verfasser hat die Frage, ob und wie Erysipel ernste Leiden (Tuberkulose, Carcinome etc.) günstig beeinflufst, experimentell geprüft; bei Kaninchen und Meerschweinchen konnte er kein Stillstehen des tuberkulösen Prozesses erzielen. Eine scheinbare Besserung kann stattfinden. Ist durch eine Kultur von Tuberkelbacillen beim Kaninchen ein subkutaner tuberkulöser Abscefs erzeugt, und injiciert man dann Streptokokken in die Venen am Grunde des Ohrläppchens, dann tritt während des Rückganges des entstehenden Erysipels eine Verkleinerung des Abscesses stets ein; dieselbe ist aber nie von Dauer. Die Erklärung liegt in der durch das Erysipel hervorgerufenen Leukocytose, deren günstige Wirkung aber eine vorübergehende ist. Die Tuberkelbacillen halten ihre Virulenz fest. Die vorübergehende günstige Wirkung trat aber

auch nur ein bei umschriebenen tuberkulösen Prozessen, bei ausgedehnter Erkrankung tritt sogar eine Verschlimmerung ein, womit die Erfahrung auch gut übereinstimmt.

Will man die Leukocytose haben, dann kann man sie in ungefährlicherer Weise durch Chlorzink, Crotonöl, Tinct. Jodi, Teukrin erzielen; besonders das erstere ist zu empfehlen. Stets wird die Heilung aber nur eine scheinbare sein, der Tuberkelbacillus behält seine volle Virulenz. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Einige Kennzeichen der Oxalurie und ihre Beziehungen zu gewissen Formen von Nervenkrankheiten, von J. Adler. (*Med. Record.* 1893. No. 22.) Die Auffassung, die besonders von Cantani vertreten war, daſs Oxalurie, soweit sie nicht durch Zufuhr von Oxalsäure bedingt ist, eine Krankheit sui generis sei, kann nach Verfasser nur durch den charakteristischen Symptomenkomplex und regelmäſsige quantitative Oxalsäurebestimmungen bewiesen werden. Verfasser hat letztere nach der Methode von Schultze vorgenommen, wo Melancholie, nervöse Reizbarkeit, Abnahme des Gedächtnisses, Schmerzen in der Nierengegend, Abmagerung, Verdauungsstörungen bestanden. Er fand meistens hohe Werte, konnte aber nicht feststellen, daſs Schwankungen der Oxalsäuremenge den Verlauf der Krankheit beeinflusse. Deshalb kommt Verfasser zu dem Schlusse, daſs die Oxalurie keine Erkrankung sui generis, nicht die Ursache, sondern die Folge der geschilderten Symptome sei. Durch gleichzeitige Harnsäurebestimmungen stützte er seine Ansicht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Cylindroide oder sogenannte Mucinfäden im Urin, von M. Manges. (*New York med. Journ.* 16. Februar 1893.) Die von Thomas im Harne von Scharlachkindern beschriebenen Cylindroide unterwirft Manges einer genauen Besprechung. Er unterscheidet wahre und falsche Cylindroide; unter ersteren versteht er nur renale Körper. Man findet dieselben auch in Nierenschnitten, direkt in den Harnkanälchen, und als Einschlüsse in Harncylindern. Ein einheitliches Constituens für beide Arten kann M. nicht anerkennen, denn die falschen Cylindroide werden durch Essigsäurezusatz aufgelöst; die echten sind säurebeständig. Gegen die Mucinzusammensetzung spricht bei den letzteren noch der Umstand, daſs in der Niere kein Mucin vorhanden ist. Verfasser betrachtet als ihre Grundlage eine unbekannte albuminoide Substanz, die sich durch Koagulation in den Harnkanälchen bildet. Die falschen Cylindroide hält er für Schleimfäden. Zur Abgrenzung dienen die mikrochemische Reaktion gegen Essigsäure und der sonstige Befund im Sediment, das bei den echten Cylindroiden noch andere Produkte renalen Ursprunges enthalten wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Hämoglobinuria paroxysmalis, durch Quecksilberinjektionen geheilt, von Köster. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 2.) Ein 35jähriger Mann, vor vier Jahren inficiert, dreimal spezifisch behandelt, bemerkt plötzlich, daſs sein Urin bluthaltig ist; sonst hat er keinerlei Beschwerden. Bei der Aufnahme am fünften Tage der Krankheit fühlt Patient sich abgeschlagen, hat Schmerzen in der Nierengegend; keine Ödeme. Urin klar, rot gefärbt, ohne Bodensatz, sehr eiweiſshaltig; mikroskopisch nichts Abnormes gefunden. Die Rotfärbung verschwand, stellte sich aber wieder ein, als Patient das Krankenhaus verlassen und wieder arbeitete. Nach der Wiederaufnahme erwies sich der Urin morgens stets klar, nach einer Promenade bluthaltig. Nach sechs Injektionen von Thymolquecksilber Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Peptonurie und ihre Beziehungen zur Albuminurie, von Gabriel Roux. (*Loire méd.* 18. Februar 1893.) Verfasser teilt die Beobachtungen mit, in

denen Albuminurie und Peptonurie beisammen vorkamen und bei denen erst der Nachweis der letzteren die Diagnose klärte. Durch eine ausschliefslich eiweifslose Kost, die in Form von Brot, Kartoffeln, Wasser und Wein einige Tage durchgeführt wurde, konnte die Albuminurie, nicht die Peptonurie herabgesetzt werden. Daraus folgert der Verfasser, dafs die Quelle der Peptonurie in den Eiweifsstoffen des Blutes liegen müsse, da ja dem Körper kein Eiweifs (soll wohl heifsen „wenig Eiweifs" ? D. Ref.) zugeführt wurde. Demgemäfs soll die Peptonurie nicht ein Ausdruck der Nierenaffektion, sondern eine Folge einer veränderten Blutbeschaffenheit sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Therapie der harnsauren Diathese, von M. Mendelsohn. Verhandlungen des XII. Kongresses für innere Medizin. Das Wesen der harnsauren Diathese ist uns ganz unklar, trotzdem Horbaczewski experimentell die Herkunft der Harnsäure aus den Nucleinen der Zellkerne, den phosphorhaltigen Eiweifsen der Körpergewebe nachgewiesen hat. Die Diätvorschriften werden vielleicht in Zukunft, der letzteren Arbeit Rechnung tragend, sich der von Pfeiffer vorgeschlagenen Eiweifsdiät nähern müssen. Die Therapie wird zwei Indikationen zu erfüllen haben: die bereits vorhandenen Ablagerungen aufzulösen und die weitere Ausscheidung zu hindern. Das erstere zu erzielen, ist bei dem Bau der Steine wenig Aussicht, das letztere eher erreichbar. Für die Beurteilung eines Mittels ist natürlich nur die Prüfung der Lösungsfähigkeit des Harns nach Einnehmen derselben mafsgebend. Arzneimittel und Mineralwasser kommen in Frage; letztere scheinen im allgemeinen für andauernden Gebrauch geeigneter, sind aber doch nicht immer anwendbar. — Der Vortragende hat das Urocedin von Stroschein geprüft, eine weifse körnige Substanz, in Wasser leicht löslich; die Lösung reagiert sauer. Dasselbe löst Harnsäure an sich nicht, dagegen erhält der Harn nach Einnehmen der entsprechenden Dosis harnsäurelösende Eigenschaften; das Präparat verhält sich demnach umgekehrt wie Lithion und Piperazin. Das Mittel besteht aus citronensaurem Natron (67), schwefelsaurem Natron (27,5), Chlornatrium (1,6) und citronensaurem Lithion (1,9), ist aber kein einfaches Gemisch. Die Herstellung findet sich in der *Pharm. Ztg.*, 1893, No. 35 angeführt. Das Mittel wird vorzüglich vertragen. Der Harn bei Harnsäurediathese kann niemals Harnsäure lösen, erhält aber diese Eigenschaft, wenn man Urocedin einnimmt, selbst wenn er noch schwach sauer oder neutral ist, wie man mit dem Pfeifferschen Harnsäurefilter beweisen kann. Beim Abkühlen fällt aufserdem ein reichliches Sediment von saurem, harnsaurem Natron aus, ein Beweis, dafs die Harnsäure in das leicht lösliche harnsaure Natron übergeführt ist. Dafür scheint das Natrium citricum verantwortlich zu sein, welches sich im Organismus in kohlensaures Natron umwandelt. Das Lösungsvermögen ist nicht immer genau dem Aciditätsgrade proportional. Sehr wichtig ist die Diluierung des Harns, was wiederum für die Bedeutung der Mineralwässer spricht, deren antikatarrhalische Wirkung natürlich auch von Bedeutung ist. Das Urocedin hat, ein weiterer Vorteil, auch diuretische Wirkungen und ist frei von Kalksalzen. Die Alkalescenz des Urins ist nur bei vorhandenem Katarrh zu fürchten. Wenn wir Mittel besitzen, einer Ablagerung der Harnsäure vorzubeugen und die Lösungsfähigkeit des Harns für Harnsäure zu erhöhen, so genügen wir dadurch billigen Ansprüchen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 3. 1. August 1894.

Elastische Fasern, ihre Regeneration und Widerstandsfähigkeit. Hautnarbe.

Von

Dr. E. Kromayer,
Privatdocenten für Dermatologie in Halle a. S.

Über das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Prozessen sind in der letzten Zeit eine Reihe von Mitteilungen[1] erschienen, die mich veranlassen, meine seit einigen Jahren gemachten diesbezüglichen Untersuchungen, die einen Teil einer gröfseren Arbeit bilden werden, schon jetzt zu veröffentlichen.

Die erwähnten Aufsätze beschäftigen sich zumeist mit der Frage, welchen Widerstand die elastischen Fasern destruktiven Prozessen gegenüber besitzen, nur Goldmann und Guttentag erörtern auch die Frage der Regeneration. Beide Prozesse: der Regeneration und der Destruktion, sind theoretisch scharf getrennt, praktisch aber eng miteinander verknüpft, da ohne Destruktion eine Regeneration natürlicherweise nicht möglich ist. Erscheint es daher auf einen oberflächlichen Blick theoretisch richtig, zuerst die Destruktion und dann die Regeneration abzuhandeln, so ergiebt sich doch bei näherer Überlegung die Unzweckmäfsigkeit solcher Anordnung, da bei den Destruktionsprozessen häufig gleichzeitig Regenerationsvorgänge stattfinden, und dieses Nebeneinanderbestehen und Ineinanderübergehen eine sichere Unterscheidung — wenigstens von vornherein — nicht zuläfst.

[1] Goldmann, Über das Schicksal der nach dem Verfahren von Thiersch verpflanzten Hautstückchen. *Beitr. z. klin. Chir.* 1893. — Guttentag, Über das Verhalten der elastischen Fasern in Hautnarben. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. S. 175; in dieser Arbeit ausführliche Litteraturangabe. — Riehl, Referat in der *Prag. med. Wochenschr.* 1893. No. 25 über einen in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 9. Juni 1893 gehaltenen Vortrag R.s, citiert aus der vorstehenden Arbeit. — Dumesnil de Rochemont, Über das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1893. S. 565. — Jadassohn, Über Atrophia maculosa cutis. *Verh. d. dtsch. derm. Gesellsch.* 1892. S. 342. — Sack, Über Ulerythema sycosiforme. *Diese Zeitschr.* 1891. Bd. XIII. S. 133. — Unna, Über Plasmazellen, insbesondere beim Lupus. *Diese Zeitschr.* 1891. Bd. XII. S. 206.

Regeneration.

„Werden und in welchem Umfange elastische Fasern bei Bindegewebsneubildung gebildet?“ Natürlich darf die Beantwortung nur da gesucht werden, wo es sich ganz sicher um Neubildung von Gewebe handelt, also erstens bei Defekten und Wunden der Haut, die durch Narbengewebe geschlossen sind, zweitens bei wirklichen Neubildungen, „Tumoren“.

1. Nach Riehl, Guttentag finden sich in Narben gewöhnlich keine elastischen Fasern — mit Ausnahme der Impfnarben (Guttentag). Zunächst mufs ich im allgemeinen diese Anschauung bestätigen. Schon auf der Naturforscherversammlung in Halle 1891 konnte ich Unna, der eine Specifität des „Lupusfibrom“ in dem Mangel an elastischen Fasern fand (s. auch l. c.), darauf hinweisen, dafs auch in gewöhnlichen Narben elastische Fasern fehlen. Nach sorgfältigeren späteren Untersuchungen mufs ich indessen diese Angabe doch etwas einschränken. Zunächst fand ich zu meiner eigenen Überraschung in älteren Impfnarben ein so ausgebildetes elastisches Fasergewebe (analoger Befund von Guttentag), dafs es mir anfänglich nicht möglich war, im mikroskopischen Bilde die Impfnarbe von der normalen Haut zu unterscheiden und ich auf den Gedanken kam, dafs vielleicht in der Impfpustel eine Zerstörung von Cutisgewebe gar nicht stattfinde. Indessen lehrte mich die Untersuchung von jungen Impfnarben, die ich den Leichen von unterjährigen Kindern entnahm, das Gegenteil: der Zerstörungsprozefs geht bis in die mittleren Lagen der Cutis und ist an der nachfolgenden Bildung eines zellreichen jungen Gewebes ohne jegliche elastische Fasern unterschiedlich von der normalen Cutis zu erkennen. Der Zerstörungsprozefs hat indessen die Cutis nicht kontinuierlich in der ganzen Ausdehnung der Impfpustel erfafst, sondern nur stellenweise, so dafs im mikroskopischen Bilde normale Haut und junges Narbengewebe durcheinandergeworfen erscheint. Bei Kindern im zweiten Jahre, bei denen die Impfnarbe einjährig sein dürfte, fand ich in den Impfnarben schon zahlreiche feine elastische Fasern das neugebildete Gewebe durchsetzen, und bei dreijährigen und mehrjährigen waren nicht in der Dicke und Zahl der elastischen Fasern Unterschiede vorhanden, sondern nur in ihrer Richtung und Anordnung. Anfänglich war ich geneigt, die scheinbare Ausnahmestellung der Impfnarben auf die höhere Regenerationsfähigkeit im jugendlichen Alter allein zurückzuführen. Indessen lehrten mich die weiteren Untersuchungen, dafs dieses doch nur teilweise richtig sein könne. Einerseits fand ich bei Leichen erwachsener Leute in einigen scheinbar recht alten Narben von unbekannter Provenienz zahlreiche elastische Fasern, so besonders in einer ausgedehnten Narbe über der Patella ein schön gebildetes elastisches Fasersystem, das sich an Dicke und Zahl der Fasern nicht von dem normalen unterschied, andererseits untersuchte ich etliche Narben, deren Alter und Entstehung mir bekannt waren:

1. E. C., Arbeiter, 54 Jahre alt; drei Monate alte, durch flache Excision eines Hautstückchens mittelst Rasiermessers entstandene oberflächliche Narbe, welche unter Schorfheilung gebildet war, zeigt bei TAENZERscher Orceinfärbung keine elastischen Fasern.

2. Ego, 32 Jahre alt; eineinhalb Jahre alte Narbe, durch oberflächlichen Scherenschlag unter Wattebedeckung und Schorfheilung entstanden, vom linken Vorderarm stammend. Mikroskopisch ist die Narbe bei Orceinfärbung durch das jähe Aufhören der dicken elastischen Fasern der umgebenden Cutis überall am Rande der Narbe deutlich abgezeichnet, sodafs sie bei schwacher Vergrößerung einen hellen Fleck in der durch die elastischen Fasern dunkel gefärbten Cutis bildet. Bei stärkerer Vergrößerung erkennt man indessen, dafs in dem hellen Flecken zahlreiche feine elastische Fasern das Gesichtsfeld regellos durchkreuzen und schon die Anfänge des bekannten subepithelialen Netzes gebildet haben. Die Narbe reicht etwa bis zur Mitte der Cutis propria.

3. Ego, zweieinhalb Jahre alte Narbe derselben Entstehung. Mikroskopisch ein ähnliches Bild; nur sind die elastischen Fasern etwas stärker, das subepitheliale Netz schon besser ausgebildet, obgleich es sich von der (natürlich mitexcidierten) normalen Haut noch auffallend unterscheidet. Die wesentliche Differenz besteht in der regellosen Durchkreuzung der elastischen Fasern und in ihrer geringeren Dicke gegenüber der normalen sie umgebenden Cutis.

4. Zwei Jahre alte, hypertrophische, durch Schlägerschmifs entstandene Narbe der Stirn des (22 Jahre [?] alten) stud. theol. B., aus kosmetischen Rücksichten entfernt. Die Narbe geht bis zum Schädelperiost. In dieser Narbe fand ich keine elastischen Fasern. Nur an den Rändern vereinzelte dünne, langgestreckte Fasern, scheinbar von dem hypertrophisch ausgebildeten elastischen Fasernetze der unmittelbaren Umgebung der Narbe in diese hineinragend.

5. Ego, elf Jahre alte, 1 cm breite Narbe, von einer Verletzung des rechten Vorderarmes herrührend, die bis in die Muskulatur hineinreichte und per secundam geheilt war. Zahlreiche, dünne, elastische Fasern durch das ganze Narbengebiet in unregelmäfsiger Anordnung. Ausbildung des subepithelialen Fasernetzes, jedoch nicht in der Stärke der umgebenden Haut. Die Entwickelung der elastischen Fasern dürfte sich vielleicht zwischen derjenigen der Fälle 2 und 3 halten.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen zunächst, dafs thatsächlich im Narbengewebe elastische Fasern neu gebildet werden. Da sie in allen Fällen gleichmäfsig durch die Narbe verteilt sind, liegt kein Anlafs zu der Annahme GOLDMANNS (l. c.) vor, dafs sie von den alten elastischen Fasern der umgebenden Cutis aus in die Narbe hineingewachsen wären. Es ergiebt sich aber weiterhin ein Unterschied je nach dem Alter des Individuums und der Art, wie die Narbe entstanden ist. Die offenbar viel raschere und vollkommenere Entwickelung des elastischen Fasersystems in den Impfnarben gegenüber den oberflächlichen Narben sub 2 und 3 ist wohl auf die erhöhte Regenerationskraft im jugendlichen Alter zurückzuführen. Dagegen besteht doch wiederum ein noch wesentlicherer Unterschied zwischen den Fällen sub 2 und 3 einerseits und denen sub 4 und 5 andererseits. Hier ist nach zwei Jahren fast gar kein und erst nach elf Jahren ein schwaches elastisches Fasersystem ausgebildet. Ich glaube den Unterschied auf die Art der Entstehung der Narbe zurückführen zu

müssen. Die Wunden der Fälle sub 2 und 3 sind unter dem Schorfe binnen einer Woche geheilt. Nach diesem Zeitpunkte entspricht der ursprünglichen Wunde eine Delle in der Haut, die, lebhaft gerötet, von einer zarten Epidermis überkleidet ist. Im Laufe einiger Monate hat sich die Delle bis zum Hautniveau emporgehoben, die Röte fast verloren und unterscheidet sich von der umgebenden Haut hauptsächlich durch die mangelhafte Oberhautfelderung. Das Gleiche gilt von der Mehrzahl der Impfpusteln: sie heilen unter dem Schorfe, hinterlassen anfangs Dellen, die sich allmählich zum Niveau, selten darüber erheben. Es wird in diesen Fällen nur soviel Bindegewebe gebildet, als zur Schliefsung und Ausgleichung des Defektes unbedingt notwendig ist, und es entsteht dieses Bindegewebe auf langsamem allmählichen Wege.

Grofse Ähnlichkeit hat diese Heilung daher histologisch mit der prima intentio und mit den Vorgängen der THIERSCHschen Transplantation, bei der GOLDMANN (l. c.) gleichfalls eine Regeneration des elastischen Gewebes in den transplantierten Stücken beobachtet haben will, wenn die Anheilung eine unmittelbare, nicht durch Granulationsgewebe vermittelte war. Diesen Bildungsprozessen gegenüber stellen die Granulationen rasch und im Übermafs wuchernde Vorgänge dar, die in gleichem Verhältnisse von der physiologischen Regeneration entfernter als jene Prozesse stehen. Sie scheinen daher geeignet, zunächst nur gemeines Bindegewebe zu producieren, während jene langsamen Bildungsprozesse viel früher ein höher organisiertes, mit elastischen Fasern durchwirktes Gewebe hervorzubringen im stande sind. Das entspricht einem allgemeinen Gesetze: Je rascher entwickelt, um so unvollkommener; je langsamer, um so vollkommener der Organismus. Wir werden die Richtigkeit der Anwendung dieses Gesetzes übrigens bei der Entwickelung der elastischen Fasern in Neubildungen bestätigt finden.

Bevor ich hierzu übergehe, habe ich noch den Zeitpunkt, in dem die Bildung der elastischen Fasern beginnt, zu erörtern. Bei den Schorfheilungen waren nach drei Monaten (Fall 1) noch keine, nach eineinhalb Jahren (Fall 2) schon zahlreiche Fasern gebildet. Wenn wir von dem Altersunterschiede von 32 und 54 Jahren absehen, so ergäbe sich als Mitte zwischen beiden Fällen $^3/_4$—1 Jahr, nach welcher Zeit vielleicht der Beginn der elastischen Faserbildung zu setzen wäre. Der Unterschied bei der Granulationsheilung ist bedeutend. Nach zwei Jahren (Fall 4) waren noch keine elastischen Fasern vorhanden, so dafs wir bei Anstellung eines gleichen (natürlich unverbindlichen) Rechenexempels mit Fall 5 (Ausbildung der elastischen Fasern nach elf Jahren) auf sechseinhalb Jahre anlangten. Jedenfalls ist der Zeitraum nach Jahren zu bemessen und erklärt zur Genüge, warum GUTTENTAG und früher ich elastische Fasern in Narben nicht oder nur spärlich vorgefunden, da eben wohl die Entstehung der

meisten Narben, welche an der Leiche noch sichtbar sind, durch Granulationsgewebe vermittelt wird. Vorstehende Zeitberechnungen machen selbstverständlich auf Genauigkeit keinen Anspruch; weitere einzelne Mitteilungen über den Beginn des Entstehens elastischer Fasern in Narben sind dazu notwendig und wünschenswert.

2. Elastische Fasern in Neubildungen zu konstatieren, ist verhältnismäfsig leicht, da das Material hierzu bequem zu beschaffen ist. Untersucht wurden spitze Kondylome, erhabene Verrucae vulgaris, ein blumenkohlartiges derbes Papillom, welches sich auf entzündlicher Basis (Ekzem) am Fufs gebildet hatte (3 cm lang, 1 cm breit und hoch), Naevi pigmentosi, Fibroma pendulum, ferner ein Carcinom von der Backe. Bei den relativ rasch wachsenden Kondylomen, Warzen und Carcinomen fanden sich im neugebildeten Gewebe keine elastischen Fasern — beim Carcinom darf man natürlich nicht die Wucherungsgrenze in Betracht ziehen, da hier häufig noch Reste des dem alten Geweben angehörigen elastischen Fasersystems vorgefunden worden, die in den älteren Teilen des Tumors vollkommen verschwinden —, dagegen zeigte das etwa zwei Jahre bestehende Papillom schon Anfänge von elastischer Faserbildung, insbesondere waren die sehr reichlich in ihm entwickelten Arterien durch derbe elastische Membranen der Intima markiert Interessanter ist jedenfalls der Befund bei den Naevi pigmentosi und Fibromata pendula. Den Grundstock dieser Neubildungen bildet bekanntlich ein aufserordentlich zellreiches alveolär angeordnetes Gewebe, das histologisch grofse Ähnlichkeit mit einem sog. Endotheliom besitzen kann und von UNNA[2] nach der COHNHEIMschen Theorie als durch versprengte Epithelkeime entstanden gedeutet worden ist. Zwischen den alveolär geordneten grofsen Zellen, die scheinbar ohne Zwischensubstanz nebeneinander liegen, lassen sich mit Orcein feinste elastische Fasern nachweisen, die nach der Basis der Geschwulst — also den älteren Teilen — immer stärker und zahlreicher werden, so dafs sie in einzelnen Präparaten ein dichteres Maschenwerk darstellen, als das der Cutis. Dabei unterscheidet es sich durch die regellose Durchkreuzung und die Gestrecktheit der einzelnen Fasern so auffällig von der Cutis, dafs man Elemente der Cutis und der Geschwulst durch diese Färbung am prägnantesten unterscheiden kann.[3] Dieser Befund spricht sicher gegen die UNNAsche Theorie; er zeigt uns aber zugleich, in wie hohem Mafse elastische Fasern neugebildet werden können, und unter welchen

[2] *Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 1. Naevi und Naevicarcinome.

[3] Bei einem Fall von multiplen Fibromen ganz in der Art und Ausbreitung des bekannten, im LESSERschen Lehrbuch abgebildeten hatte ich durch Excision einer Reihe von entstellenden und hinderlichen Tumoren Gelegenheit, diese auf den Gehalt von elastischen Fasern zu prüfen. Die grofsen derben und offenbar rasch wachsenden Tumoren zeigten teilweise gar keine elastischen Fasern, teilweise nur Andeutungen, während die kleinen, weichen, schlappsackartig herunterhängenden aufserordentlich faserreich waren. Diesen Unterschied möchte ich auf den im Haupttext von mir

Bedingungen. Während wir bei den rasch wachsenden, zum Teil auf sog. entzündlicher Basis beruhenden Kondylomen, Warzen, Papillomen, Carcinomen keine oder wenig elastische Fasern fanden, zeichnen sich die langsam entstehenden Naevi und Fibrome durch den Reichtum an diesen aus. Das erwähnte allgemeine Entwickelungsgesetz findet also in diesen Fällen wiederum seine Anwendung.

Wenn wir es für unseren Gegenstand pathologisch formulieren wollen, so dürfen wir vielleicht sagen: Je langsamer die Neubildung von Gewebe vor sich geht, je weiter sie also theoretisch von der entzündlichen Granulationsbildung entfernt ist, um so schneller und reichlicher treten elastische Fasern auf.[4] Aus allen angeführten Daten geht auch mit Sicherheit hervor, dafs die Bildung elastischer Fasern überhaupt eine sehr geraume Zeit beansprucht, dafs wir also, von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, das elastische Gewebe als hochentwickelten Bestandteil des Bindegewebes ansehen müssen. Warum in letzter Instanz bei rasch verlaufenden Prozessen langsamer, bei langsam verlaufenden rascher elastisches Gewebe gebildet wird, können wir natürlich bei unseren jetzigen Kenntnissen nicht wissen; vorläufig scheint mir indessen die Feststellung der Bedingungen, unter denen sie eintritt, und das Einreihen dieser unter ein allgemeines Gesetz zu genügen.

Widerstandsfähigkeit.

Die zweite Frage gilt der Widerstandsfähigkeit der elastischen Fasern gegenüber pathologischen Einflüssen. Nach meinen sehr zahlreichen Untersuchungen bei Lupus, tertiärer Lues, chronischen Ekzemen, Lichen ruber, Lupus erythematodes ist dieselbe bedeutend gröfser als die des kollagenen Gewebes. Das stimmt auch vollkommen mit unseren allgemeinen Kenntnissen über die elastischen Fasern bei Vereiterungen, Nekrose (Tuberkulose der Lungen etc.) überein, so dafs ich eine Schilderung der einzelnen Befunde für nicht zweckentsprechend und notwendig halte. Die grofse Resistenz befindet sich übrigens mit der langsamen Regeneration in gutem Einklang. Worauf die Dumesnilschen Befunde bei Lupus,[5] die eine geringe Widerstandskraft der elastischen Fasern gegenüber chemischen Einflüssen beweisen würden, beruhen, weifs ich

---

aufgestellten allgemeinen Satz zurückführen. Von einer Seite wird die Weichheit der Tumoren auf eine Atrophie des anfänglich gebildeten Bindegewebes zurückgeführt. In dieser Beziehung ist jedenfalls ein Vergleich mit der normalen Haut interessant, die mit zunehmendem Alter immer reicher an elastischen und ärmer an kollagenem Gewebe wird, so dafs die weiche schlappe Greisenhaut in mit Orcein gefärbten Präparaten fast allein vom elastischen Gewebe gebildet erscheint.

[4] Ob dieser Satz durch weitere Untersuchungen nicht Einschränkungen und Abänderungen wird erleiden müssen, möchte ich nicht behaupten. Er soll vorläufig nur das theoretische Ergebnis meiner Untersuchungen darstellen.

[5] l. c. S. 574.

nicht. Sie stehen indessen meines Wissens allein für sich und im Widerspruch mit den bisherigen, sowie auch meinen Untersuchungen. Wenn man auch den alten ausgebildeten Tuberkel des Lupus wohl stets frei von elastischen Fasern findet, so ist doch ein, wenn auch spärliches Vorhandensein in jungen und im Entstehen begriffenen Knötchen — in der Peripherie wachsender Lupusherde — leicht zu konstatieren. Reste von kollagenem Cutisgewebe habe ich aber auch in solchen Tuberkeln nie gefunden.[6] Bei dieser allgemeinen Sachlage mufs es befremdlich erscheinen, wenn einzelne Krankheiten von der Regel eine Ausnahme machen und eine stärkere Angriffsfähigkeit dem elastischen wie dem kollagenen Gewebe gegenüber besitzen sollten, wie GUTTENTAG es für das Erythema sycosiforme SACK und der Atrophia maculosa cutis (JADASSOHN) annimmt. Meines Erachtens sind diese Prozesse als das gesamte Cutisgewebe destruierende aufzufassen, denen die Regeneration des Bindegewebes natürlich ohne elastische Faser auf dem Fufse folgt, wie wir das in analoger Weise von Spätsyphiliden, die ohne Ulceration Narben bei ihrer Abheilung zurücklassen, ganz genau kennen. Die beiden erwähnten Krankheiten würden sich übrigens in diesem ihrem pathologischen Verhalten zwanglos an die Morphaea, Sklerodermia und das wahre Keloid anschliefsen.

Narbe.

Obgleich, wie wir gesehen haben, die Cutis auch in ihrem elastischen Fasersystem vollständig regenerieren kann, bleibt doch die Narbe in den meisten Fällen für immer sichtbar. Davon geben die Impfnarben ein deutliches Beispiel. Die Ursache liegt darin, dafs die kollagenen und elastischen Fasern in der Narbe regellos und nicht dem Gesetze der LANGERschen Faserdurchkreuzung entsprechend angeordnet sind. Hiedurch wird erstens das Licht anders als von der normalen Cutis reflektiert und wir erkennen auch die Narbe auf dem Querschnitt der Haut; zweitens aber fehlt die auf der LANGERschen Faserdurchkreuzung beruhende Elasticität der normalen Haut natürlicherweise der Narbe und somit auch die durch diese bedingte regelmäfsige Oberhautfelderung. Die Parenchymhaut (Cutis vasculosa und Epidermis) zieht gemeiniglich atrophisch über die Narbe hinweg. Dafs diese Atrophie allein durch die mangelnde

[6] Lupöse, sowie syphilitische Narben enthalten nach meinen Untersuchungen fast stets noch an einzelnen Stellen elastische Fasern, da beide Erkrankungen die Haut nicht in strenger Kontinuität ergreifen und einzelne Gewebsstellen häufig selbst bei hoher Krankheitsentwickelung verschont bleiben. Diese zeigen dann zusammengedrängte elastische Fasern, wie auch GUTTENTAG (l. c.) sie beschreibt. Sie sind indessen, wenn man einmal neugebildete elastische Fasern im Narbengewebe gesehen hat, sowohl durch ihre Anordnung, als durch ihre Stärke leicht von diesen zu unterscheiden. Auch bezüglich der einzelnen langgestreckten Fasern im jungen Narbengewebe nach destruierenden Prozessen schliefse ich mich der Deutung G.s (l. c.) als Reste alten Gewebes, die durch die Narbenbildung gestreckt sind, an.

Elasticität der darunter liegenden Cutis bedingt ist, beweisen unter anderem die sog. Schwangerschaftsnarben, die durch Ausziehen der Gewebsmaschen mit teilweiser Zerreifsung des Gewebes ihre Elasticität für immer eingebüfst haben.

Wenn es nun richtig ist, dafs an dem Sichtbarbleiben der Narbe das Fehlen der LANGERschen Faserrichtung in der Narbe schuld ist, so mufs die Cutis vasculosa, deren Fasern sich normalerweise regellos durchkreuzen, ohne Spuren zu hinterlassen, regenerieren. Das stimmt allerdings mit unseren täglichen Erfahrungen: oberflächliche Defekte heilen ohne sichtbar bleibende Narbe. Die Defekte dürfen allerdings nicht über die Grenze hinaus in die Cutis propria gehen, wo die Faserrichtung eine bestimmte wird. Je weiter sie es thun, um so sichtbarer wird die Narbe bleiben. Ich habe dies gelegentlich THIERSCHscher Transplantationen verfolgt und konstatiert, dafs überall dort, wo der entnommene Lappen so dünn war, dafs er nur die Parenchymhaut enthielt, eine Heilung ohne die geringste Narbenspur zu stande kam, während überall dort, wo Schichten der Cutis propria mit entnommen waren, eine Narbenbildung eintrat. Im Laufe der Zeit werden indessen auch solche oberflächliche Narben gewöhnlich immer weniger kenntlich, so dafs sie zuletzt ganz für das Auge verschwinden können. Dies erklärt sich leicht daraus, dafs der gröfste unter der Narbe liegende Teil der Cutis seine Elasticität behalten und die Wirkung dieser doch schliefslich noch im Sinne der normalen Ausbildung des Papillarkörpers und der Oberhautfelderung durch die unelastische, aber sehr dünne Narbenschicht hindurch zur Geltung kommt.

Der früher aus einem anderen Gesichtspunkte von mir abgeleitete Satz:[7] Die Parenchymhaut regeneriert, die Cutis propria regeneriert nicht, sondern heilt mit Narbe, erhält durch die vorstehende Betrachtung seine Bestätigung.

---

[7] Vorschlag zu einer neuen Einteilung der Haut. *Diese Zeitschr.* Bd. XIII. S. 431.

Ein Fall von Diabetes insipidus und Myxoedema syphilitischen Ursprungs.

Vortrag, gehalten in der Dermatologischen und Venerologischen Gesellschaft zu Moskau am 24. September (6. Oktober) 1893.

Von

Prof. A. Pospelow-Moskau.

Meine Herren! Gestatten Sie mir, Ihre Aufmerksamkeit für einen relativ seltenen Fall von visceraler Syphilis, welche zur Entwickelung von Diabetes insipidus und Myxödem führte, in Anspruch zu nehmen. Es ist Ihnen wohl bekannt, dafs der durch Syphilis bedingte Diabetes insipidus weit seltener als der Diabetes mellitus ist. Was nun das durch Syphilis bedingte Myxödem anlangt, so ist ein derartiger Fall bis jetzt nur von R. Köhler beschrieben.[1] Wie selten der Diabetes überhaupt bei Syphilitikern beobachtet wird, kann schon daraus geschlossen werden, dafs im Jahre 1879 Prof. A. Fournier in seinem Werke „*La syphilis du cerveau*“[2] (ohne die Möglichkeit von Diabetes und Albuminurie bei Hirnsyphilis auszuschliefsen) genötigt war, zu bemerken, dafs er (bis 1879) keinen einzigen Fall von Diabetes beobachtet habe. Seitdem sind in der Litteratur über Syphilis mehrfach Fälle von Diabetes mellitus beobachtet und beschrieben worden (Dub, Servantie, Seegen, Scheinmann, Feinberg, Eichhorst u. a.).

Das relativ seltene Vorkommen von Diabetes mellitus bei Syphiliskranken, und zwar infolge von Syphilis, ist meiner Meinung nach auf die seltene Harnuntersuchung zurückzuführen. Es ist ja bekannt, dafs der Harn in seltenen Fällen erst dann zum Gegenstande der Untersuchung wird, wenn der Diabetes beim Syphiliskranken mit gesteigertem Durst, übermäfsigem Appetit und enormer Harnmenge einhergeht. Ein derartiges Übersehen seitens des Arztes kann ganz besonders in solchen Fällen vorkommen, in denen es sich um den sogenannten Diabetes mellitus decipiens (von P. Frank) handelt, wo die Harnmenge normal ist und der Hunger auch ganz fehlen kann. Prof. Fournier (l. c.), der kein einziges Mal Diabetes mellitus beobachtet hat, erwähnt nichtsdestoweniger sechs Fälle von Hirnsyphilis, in denen er neben anderen krankhaften Erscheinungen seitens des Nervensystems noch gesteigerten Durst und vermehrte Harnabsonderung beobachtete. Es liegt nun auf der Hand, dafs Fournier bereits im Jahre 1879 nichts anderes als Diabetes insipidus sah. Des

[1] *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 30, pag. 743: Myxödem auf Syphilis beruhend. Vorgetragen in der Chirurgischen Gesellschaft in Berlin. Oktober 1891.

[2] Paris 1879. pag. 496 ff.

weiteren beobachteten dasselbe Leiden bei Syphilitikern: Moritz Mandl, R. Demme, Leudet, Eichhorst, Opitz, Perroud, Bouchard, Oppenheim, Lewin, Saalfeld u. a., und von russischen Ärzten: Surukzy, Ikoff, Bogdanoff, Preiss und Prof. Kowalewsky. Jedenfalls ist die Zahl der Beobachtungen über Diabetes insipidus syphilitischen Ursprungs noch gering, welcher Umstand mich auch veranlafste, vorliegenden Fall zu veröffentlichen. Abgesehen davon ist unser Fall auch deshalb interessant, da der Kranke aufser Diabetes insipidus noch eine Affektion der Schilddrüse besafs, welche die Entstehung von Myxödem nach sich führte. Wie selten Syphilis ein Myxödem hervorzurufen vermag, ist daraus zu ersehen, dafs die in London zur Untersuchung und zum Studium der Myxödemfrage begründete Kommission zu der Schlufsfolgerung gelangte, dafs Alkohol und Syphilis in der Ätiologie dieses Leidens scheinbar keine Rolle spielen.[3]

Die Krankengeschichte meines Patienten ist folgende:

Der gegenwärtig 45jährige, intelligente Patient N. acquirierte am 11. September 1885 ein Ulcus durum mit darauffolgendem makulo-papulösen Exanthem, welches ihn veranlafste, meinen Rat zu holen. Er machte eine Schmierkur von 40 Friktionen (Unguentum griseum Lebeuf) à 2,0 g durch. Im Januar 1886 erhielt Patient das erste Recidiv in Form einer Roseola syphilitica, weshalb er abermals auf meinen Rat hin eine ebensolche Schmierkur in Jalta durchmachte. Im Juni desselben Jahres stellte sich Patient bei Herrn Dr. Speransky vor, welcher ein Roseola-Recidiv und Psoriasis palmaris fand und 36 Einreibungen von grauer Salbe verordnete. Im März 1888 trat bei dem Patienten abermals ein Recidiv in Form von Papulae scroti auf; er begab sich nach Aachen, wo er nach Verordnung eines dortigen Arztes 40 Einreibungen mit grauer Salbe (zu 3,0—5,0) und 36 Schwefelbäder bekam. Nach dieser Kur verschwanden alle sichtbaren Erscheinungen von Syphilis, und der Patient fühlte sich bedeutend gestärkt. Im Mai 1889 bekam er das vierte Recidiv in Form einer Pharyngitis gummosa ulcerosa; es wurden Jodnatrium innerlich und lokal Pinselungen mit Jodglycerin verordnet. Jodnatrium konnte der Patient sogar in geringen Dosen, z. B. 0,3—0,5 pro die, nicht vertragen; es traten aufser hochgradigem Schnupfen Gehörsschwäche, Appetitlosigkeit, heftige Kofschmerzen, Verstopfung und allgemeine Schwäche auf. Trotzdem das Jodnatrium durch Jodammonium ersetzt und dies mit Unterbrechungen gereicht wurde, blieben die ungünstigen Nebenwirkungen dieses Mittels die gleichen, wobei die Ernährung, welche sich gleichzeitig mit dem Auftreten des Recidivs verschlimmerte, unter dem Jodgebrauche noch schlechter wurde. Es blieb nichts übrig, als das Jod ganz aufzugeben und zur Schmierkur überzugehen. Trotzdem stellte sich beim Patienten zwei Wochen darauf ein charakteristisches gummöses Geschwür am Knorpelteil der Nasenscheidewand ein. Es wurde alsdann abermals Jodammonium innerlich verordnet und die Einreibungen bis auf 4,0 pro die erhöht Patient konnte aber, wie zuvor, das Jod nicht vertragen, und auch die während vierzehn Tage sorgfältig gemachten Einreibungen hatten durchaus nicht die erwartete Wirkung.[4] Infolgedessen wurden an Stelle der Friktionen subkutane Sublimat injektionen verordnet. Zur lokalen Behandlung des Nasengeschwürs waren aufser

[3] W. Roth, *Das Myxödem und dessen Behandlung.* Moskau 1893. (Russ.).

[4] Die wiederholt auf Hg ausgeführten Harnanalysen ergaben jedesmal deutliche Spuren desselben.

Jodglycerin noch weifse Präcipitatsalbe und Nasenduschen mit Borsäure verordnet. Nach 25 Injektionen von je 0,015 verschwand das Geschwür der Nasenscheidewand, und nach 35 Injektionen wurde die Behandlung abgebrochen. Da er nun Moskau verlassen mufste, so wurde ihm angeraten, periodisch, und zwar in vorgeschriebenen Zeiträumen, die Behandlung zu wiederholen und sich unter allen Umständen an seinem Wohnorte unter ärztliche Kontrolle zu stellen. Indes nahmen Familienangelegenheiten und ganz besonders ein schweres Leiden seiner Frau die ganze Aufmerksamkeit des Patienten in Anspruch. Im November 1890 verspürte der von einer Reise zurückgekehrte Patient Schwindel, Kopfschmerz, Übelkeit und Erbrechen, das drei Tage nicht aufhören wollte. Die Kopfschmerzen waren so heftig, dafs er seinen Kopf vom Kissen nicht erheben konnte, weil jedesmal Erbrechen auftrat. Beim Nachlassen der Kopfschmerzen und des Erbrechens wurde der Patient nach Moskau gebracht, um ärztlichen Rat aufzusuchen; nach seiner Ankunft bemerkte er, dafs er einige Worte nicht aussprechen, seinen Namen nicht unterzeichnen konnte, und dafs beim Gehen ein Schwanken des ganzen Körpers nach links hin eintrat. Der seitens der Verwandten herangezogene Hausarzt überwies ihn, da er die Ménièresche Krankheit vermutete, an einen Otiater; letzterer fand bis auf eine geringe Gehörsschwäche des linken Nervus acusticus nichts Abnormes. Patient verliefs beruhigt Moskau. Eine Woche nach diesem Anfall bemerkte er an seinem Gaumen zwei erbsengrofse Knoten. Seinen krankhaften Zustand wohl einsehend, reiste er nichtsdestoweniger — infolge eingetretener Verschlimmerung des psychischen Leidens seiner Frau — ins Ausland, ohne auch nur das Geringste für sein Leiden zu thun, indem er sich ganz der Fürsorge für seine Frau hingab. Erst im Februar 1891 wandte er sich um ärztlichen Rat an mich, nachdem er aus dem Auslande nach dem Tode seiner Frau zurückgekehrt war. Die Inspektion der Mundhöhle ergab, dafs am harten Gaumen zu den Seiten der Mittellinie fast in dessen Mitte sich zwei gummöse, etwa linsengrofse, atonische, graulich belegte Geschwüre befanden, wobei jedoch das Gaumenbein, wie das Sondieren zeigte, nicht entblöfst war. Die allgemeine Ernährung war bedeutend herabgesetzt. Angesichts dieser Erscheinungen erhielt Patient wieder 18 Sublimatinjektionen à 0,015. Gleichzeitig wurde Jodammonium vorsichtig innerlich verordnet. Unter dieser kombinierten Behandlung heilten die Geschwüre am Gaumen ziemlich rasch zu, der allgemeine Zustand und die Ernährung verbesserten sich bedeutend, und bis Anfang Juni desselben Jahres fühlte sich der Patient vortrefflich. Daraufhin wurde er wieder schwach, blafs und bemerkte dabei, dafs zuerst der linke und später der rechte Testikel hart zu werden begonnen. Gleichzeitig mit dem Daniederliegen der Gesamternährung und den Veränderungen am linken Hoden bemerkte der Patient eine bedeutende Zunahme des Durstes und der verbrauchten Flüssigkeitsmenge. Anfangs glaubte er, den Durst auf die Sommerhitze zurückführen zu müssen; der Wasserverbrauch stieg bis auf 48 Glas in 24 Stunden, konnte demungeachtet sein Durstgefühl nur mit Mühe und Not befriedigen. Der verbrauchten Flüssigkeitsmenge entsprach die Harnmenge; zudem begann eine Abnahme des Appetits und eine völlige Apathie für alles, was ihn bisher interessierte, einzutreten; die Libido sexualis war vollständig erloschen; gleichzeitig stellte sich ein ungewöhnliches Frostgefühl ein, welches ihn veranlafste, den ganzen Tag im Bette zu verbringen und sich mit mehreren Bettdecken zu bedecken.

Ende August stellte sich der Patient bei mir mit den oben beschriebenen Symptomen vor. Die Inspektion ergab eine scharf ausgesprochene Blässe, Trockenheit und ödematöse Schwellung der Haut, Trockenheit des Kopfhaares, Blässe der Iris, matten Gesichtsausdruck,

rote, trockene und klebrige Zunge, höckerige Beschaffenheit und Verhärtung beider Hoden, und namentlich des linken, und gesteigerten Durst. Der frisch gelassene Harn war fast ganz wässerig, von spezifischem Gewicht 1,008 und schwach saurer Reaktion. Eiweifs und Zucker waren bei wiederholten sorgfältigen Analysen nicht vorhanden. Die Harnmenge in 24 Stunden betrug 6—8 l. Patient afs, nach seiner eigenen Aussage, nur in dem Bewufstsein, er müsse essen, um die sichtbar sinkenden Kräfte zu unterhalten. Seitens des Magens war eine gewisse Auftreibung zu bemerken. Die Leber und die übrigen inneren Organe boten keine objektive Abnormitäten. Es fiel nun aufserdem auf, dafs gleichzeitig mit den Veränderungen an den Hoden eine etwa wallnufsgrofse, elastisch anzufühlende Geschwulst gerade im oberen Drittel der Cartilago thyreoidea aufgetreten war. Die Haut über der Geschwulst war verschiebbar, die Geschwulst selbst schmerzlos und erinnerte der Konsistenz nach an den linken gummös afficierten Testikel. Nun bot die Diagnose Diabetes insipidus keine besonderen Schwierigkeiten mehr; das gleichzeitige Autreten desselben mit einer Sarcocele syphilitica legte den Gedanken nahe, auch den Diabetes als auf Syphilis beruhend zu betrachten. Mit Rücksicht auf diesen Umstand wurden dem Patienten Sublimatinjektionen und Jodammonium innerlich verordnet. Unter dieser spezifischen Behandlung fing der Diabetes an, zurückzugehen, und gegen Ende September waren der Diabetes und die Sarcocele syphilitica verschwunden. Es ist noch hervorzuheben, dafs zur gleichen Zeit auch die Geschwulst über dem Thyreoidknorpel zurückging und an deren Stelle ein sackartig ausgedehntes Hautstück zurückblieb. Solch ein gleichzeitiges scharf ausgesprochenes Schwinden all der genannten Erscheinungen unter dem Einflusse der spezifischen Behandlung befestigte mich in der Annahme eines zweifelhaften Zusammenhanges des Diabetes insipidus mit Syphilis. Im weiteren Verlaufe der Krankheit ist noch zu bemerken, dafs trotz Durchführung der soeben besprochenen antisyphilitischen Kur und trotz Verschwindens des Diabetes das ungewöhnliche Frostgefühl des Kranken doch fortdauerte. Er gab an, dafs er bei 12—14° R. entschieden fror; er mufste, um sich irgendwie leidlich zu fühlen, im Bette unter mehreren Bettdecken liegen. Gegen Nacht nahm diese Frostempfindung trotz Ausbleibens jeglicher Herabsetzung der Körpertemperatur noch zu. Er war daher genötigt, die Zimmertemperatur nicht unter 18—20° R. zu unterhalten. Eine Temperatur von 27° R. vertrug er seiner Angabe nach „mit vollstem Genusse“. Er konnte sich nur mit ganz warmem Wasser waschen. Aufserdem bemerkte er, dafs sein Haar überall langsamer zu wachsen begann, und wenn er früher sich alle zwei Tage rasieren mufste, so that er dies jetzt blofs alle acht Tage. Das Haar am Kopfe und im Schnurrbart nahm an Dichtigkeit bedeutend ab, die Nägel wurden trocken und brüchig.

Bei fortgesetzter Beobachtung des Krankheitsverlaufes richtete sich meine Aufmerksamkeit auf das ungewöhnliche Frostgefühl des Patienten, welches ihn nach seiner eigenen Angabe an das Sitzen im kalten Bade erinnerte. Dieses konstante Kältegefühl konnte keineswegs durch einen fieberkaften Zustand erklärt werden, da die Körpertemperatur 37,2 abends und 36,2 morgens war. Dafs sie morgens etwas subnormal war, konnte man eher auf die Körperschwäche, den schlechten Stoffwechsel und eine gewisse Anämie zurückführen. Es ist bekannt, dafs die Chloroanämischen überhaupt leicht frieren, aber ihre Frostigkeit kann entschieden nicht mit der von unserem Kranken hochgradig empfundenen verglichen werden. Als der Patient noch an gesteigertem Durst litt, hätte man dieses Frostgefühl auf eine reichliche Durchwaschung des Organismus durch die verbrauchte grofse Wassermenge zurückführen können. Es blieb nur übrig, anzunehmen, dafs sich bei unserem Kranken infolge von Syphilis eine zentrale Hirnaffektion gebildet hatte, infolgedessen die Körpertemperatur — wie dies an Tieren nach Rückenmarkdurchschneidung oder bei Trauma und Geschwülsten des Hirns beim Menschen und Tieren beobachtet wird — sinkt oder steigt, je nach dem Orte des pathologischen Herdes.

Die Frage nach den Landoisschen Wärmezentren wird bekanntlich in der Neuro- und Physiologie bis heute noch als nicht endgültig gelöst betrachtet. Einige Forscher glauben, dafs die Wärmezentren gesondert existieren, die meisten Physiologen denken aber, dafs die Eigenwärme des Organismus, abgesehen von dem Chemismus der Gewebe, durch den von den Gefäfszentren abhängigen Zustand der Hautgefäfse bedingt wird. Nehmen wir in unserem Falle eine Cirkulationsstörung des Grofshirns (Aphasie, Kopfschmerz, Schwindel, halbseitige Parese und Erbrechen) und des Bodens des vierten Ventrikels, die zu Diabetes geführt hat, an, so könnte die in der gummösen Syphilisperiode eingetretene syphilitische Gefäfserkrankung am ehesten die sogenannte Heubnersche Affektion der Hirnarterien sein, deren Lieblingssitz die Arterien der Hirnbasis und der Fossa Sylvii bilden, wodurch auch der bei dem Patienten aufgetretene Insultus zu erklären wäre. Da nun die schwachen hemiplegischen Erscheinungen von selbst vergingen, der Diabetes aber erst nach kombinierter Behandlung mit Jod und Quecksilber, so war kein Grund vorhanden, das Frostgefühl, welches auch nach der antisyphilitischen Kur fortdauerte, als durch eine Arteriendegeneration oder durch eine syphilitische Gefäfszentrenaffektion bedingt anzusehen. Durch Ausschliefsung mufste man annehmen, dafs das Frostgefühl eine andere Entstehungsursache habe und von dem Zustande der Blutgefäfse unabhängig sei. Dieses in die Augen springende Gefühl von Kälte im ganzen Körper in Gemeinschaft mit anderen Veränderungen im Organismus unseres Patienten, wie wachsartige Gesichtsfarbe, ödematöse Schwellung des Gesichts, aber ohne Grubenbildung auf

Fingerdruck, Trockenheit der Haare und Nägel bei gleichzeitiger scharf ausgesprochener Wachstumshemmung derselben, zweijähriges Ausbleiben von Transspiration, teilweise deprimierter psychischer Zustand, Sprachstörung, Schmerzen im Rücken und Extremitäten (Parästhesien), dies alles legte unwillkürlich den Gedanken nahe, dafs bei dem Kranken Myxödem existiert, und dafs diese auffallende Frostempfindung blofs eine Teilerscheinung dieses Leidens bildet. Da wir gegenwärtig wissen, dafs diese Krankheit mit einer Funktionsstörung der Schilddrüse eng verknüpft ist, so hätte man sicherlich nach Veränderungen daselbst zu suchen. Allein die sorgfältigste Untersuchung der Thyreoidea bei unserem Patienten brachte keine Zeichen einer Vergrößerung oder Verkleinerung zu Tage. Nur eins blieb zweifellos, dafs die Funktion derselben herabgesetzt sei. Nun aber entstand beim Kranken gleichzeitig mit dem Auftreten des Diabetes, der Affektion der Hoden und vor Beginn eines ausgesprochenen Myxödems über der Incisur des Schildknorpels eine elastische, völlig indolente, etwa wallnufsgrofse Geschwulst, welche alsdann das obere Drittel des Knorpels bedeckte. Welcher Natur diese Geschwulst war. ist schwer zu bestimmen. Man könnte annehmen, es wäre dies eine gummöse Entartung einer von jenen Lymphdrüsen, welche an dieser Stelle gewöhnlich gepaart vorkommen, aber sogar in der akuten Syphilisperiode höchst selten afficiert werden, in der gummösen aber noch viel seltener, und dabei fast immer gleichzeitig mit den gröfseren Lymphdrüsen (submaxillares, sublinguales, cervicales). Man könnte aber in betreff dieser Geschwulst noch eine andere Hypothese aufstellen. Die Untersuchungen der Neuzeit von Gley, Christiani, Sandstrem, Moussu u. a. haben gezeigt, dafs bei den Tieren, wie auch beim Menschen sogenannte komplementäre Schilddrüsen (Glandulae parathyreoideae) existieren, welche im Falle von Entfernung der Schilddrüse, beim Menschen wie auch bei Tieren, vikariierend einzutreten pflegen, wodurch auch die Erhaltung des Lebens der Operierten erklärt wird. Man könnte nun in unserem Falle vermuten, dafs sich infolge einer Funktionsunterdrückung der Schilddrüse (Cirrhose) solch eine komplementäre Drüse oberhalb der Cartilago thyreoidea entwickelt habe, hypertrophisch wurde und daraufhin selbst dem gummösen Prozesse — ähnlich dem Hodengewebe — anheimgefallen war. Dafs diese Geschwulst den Charakter einer gummösen Affektion an sich trug, dafür spricht ihr gleichzeitiges Auftreten mit der Hodenaffektion und gleichzeitiges Schwinden mit der Sarcocele syphilitica unter antisyphilitischer Behandlung. Es soll hier bemerkt werden, dafs mit dem Verschwinden der gummösen Affektion dieser komplementären Drüse die myxödematösen Erscheinungen zunahmen und eine kissenförmige charakteristische Schwellung der Fufs- und Handrücken eintrat. Da aber die Erscheinungen des Myxödems in unserem Falle nicht besonders stark ausgesprochen waren, allein die Summe sämt-

licher Symptome zu Gunsten dieses Leidens sprach und letzteres sich zu verstärken im Begriffe war, so entschloſs ich mich — unabhängig von der antisyphilitischen Kur —, einen diagnostischen Versuch einer Thyreoidinbehandlung zu machen. Wegen der noch mangelhaften Erfahrung über Thyreoidin per se und angesichts der erfolgreichen Wirkung innerlicher Anwendung roher Schilddrüse bei Myxödem entschlossen wir uns, die Behandlung mit roher Ochsendrüse zu versuchen. Vor Darreichung derselben wurde der Harn untersucht, und war das Resultat, wie folgt: Harnmenge in 24 Stunden 1610 ccm, von hellgelber Farbe, leicht trübe; spezifisches Gewicht 1016; fixe Bestandteile 60,02; Urobilin übersteigt nicht die Norm, Indikan mehr als in der Norm; Harnstoff unter der Norm, und zwar 14,75‰ und 23,75 pro die; Harnsäure über die Norm; Chlornatrium 7,98‰ und 12,85 pro die; Mucin übersteigt nicht das gewöhnliche Quantum. Eiweiſs, Zucker, Gallen- und Blutfarbstoff nicht vorhanden. Das geringe Harnsediment enthält mikroskopisch Schleim, Pflasterepithelien, Harnsäurekrystalle und eine geringe Anzahl von Eiterzellen.

Die einige Tage nacheinander gemessene Temperatur überstieg nicht 37,4° morgens und 36,9° abends[5] bei einer Zimmertemperatur von 13—15° R; der Puls schwankte zwischen 76—80 in der Minute. Die erste Drüsendosis — 4,0— erhielt Patient am 16. April 1893 abends, wobei kein Effekt zu notieren war, bis auf eine Steigerung der Urinmenge auf 2375 ccm am nächsten Tage. Am 19. April wurden 8,0 Drüse gegeben. Der Puls stieg bis auf 96, die Harnmenge von 1390 auf 1720 ccm und erreichte am 21. April 2210 ccm. Die Temperatur stieg von 36,6° (am 19. April) abends auf 38,0°, was teilweise scheinbar auf eine aufgetretene Furunkulosis zurückgeführt werden muſste, da sich später keine solche Erhöhung zeigte, trotzdem am 23. wieder 8,0 Drüse verordnet wurden. Am 24. April erhielt der Kranke noch 8,0 Drüse. Der Puls stieg auf 98 in der Minute. Der Harn wurde trübe. Harnmenge 1820 ccm. Temperatur 37,2 morgens und 37,6 abends. Der Patient empfindet Schwäche, Mattigkeit, grundlose Unruhe; die früheren Schmerzen im Rücken und Extremitäten nahmen bedeutend zu, so daſs er mit Mühe vom Stuhle aufsteht; in den Wadenmuskeln traten Krämpfe auf, welche sich ganz besonders in der Nacht verstärken und ihn aufwecken. Die Beine und besonders die Innenflächen der Oberschenkel wurden merklich wärmer; die Handteller fingen an, sich zu erwärmen; Patient bemerkte zu seinem Vergnügen eine Transspiration am ganzen Körper, welche, wie die Körpererwärmung, seit zwei Jahren ganz ausgeblieben war; gleichzeitig stellte sich eine den Patienten etwas irritierende Empfindlichkeit beider Hoden ein. Die ödematöse Schwellung

[5] Während der ganzen Zeit der Exacerbation der Krankheit war die Abendtemperatur stets niedriger, als die Morgentemperatur; nach der Schilddrüsenkur verschwand diese Anomalie.

des Gesichts und der Hände nahm sichtbar ab, das Kopfhaar wurde glatter, aber der Haarwuchs des Schnurrbarts, am Kinn und Schambein blieb scheinbar unverändert. Die Nägel wurden weniger brüchig; die Epidermis an den unteren Extremitäten liefs sich in grofsen Fetzen abziehen, das hochgradige Frostgefühl war ganz verschwunden. Die Sprachstörung war auch gewichen, mit einem Worte, die Darreichung von Schilddrüsen verbesserte nicht allein den Gesundheitszustand, sondern lieferte auch den Beweis, dafs Patient wirklich an Myxödem gelitten hatte. Am 30. April erhielt er die letzte verringerte Drüsenportion (4,0), wonach wieder Fieber mit Schwäche auftrat; die Harnmenge nahm etwas zu, aber gleichzeitig wurde auch die Zunge rot, trocken, klebrig, leicht rissig. Der Durst steigerte sich.

Als ich den Patienten am 15. Mai sah, konstatierte ich bei ihm wieder ein Recidiv des Diabetes und verordnete ihm Wein, Milch und Fleischpulver, und nach Besserung des Allgemeinbefindens verordnete ich ihm eine Merkurialkur. Am 7. Juni wurde eine Sublimatinjektionskur (à 0,015) begonnen, und nach fünf Injektionen war der Durst verschwunden, die Zunge wieder feucht, Patient fühlte sich besser als je, die Gesichtshaut bekam wieder Farbe, was früher, vor der Schilddrüsenkur, trotz antisyphilitischer Behandlung nie der Fall war. Das Frostgefühl blieb dauernd aus. Die Temperatur ward 37,2—37,5° abends und 37,0—37,2° morgens.

Aus dem soeben Angeführten ist zu ersehen, dafs bei unserem Patienten, vom Diabetes abgesehen, eine wenig bemerkbare (wahrscheinlich interstitielle) syphilitische Affektion der Schilddrüse existierte, an deren Stelle sich eine vikariierende oder komplementäre Drüse (Glandula parathyreoidea) entwickelte, welche temporär und teilweise die Entwickelung von Myxödem hemmte, daraufhin aber selbst unter dem Einflusse von Syphilis afficiert wurde, weshalb die Myxödemerscheinungen (Ödem des Gesichts und der Hände, Verlangsamung der Sprache) sich verschlimmerten und später unter dem Gebrauche von Thyreoidin fast ganz verschwanden. Mit Rücksicht darauf, dafs der Diabetes insipidus zweimal auftrat und beide Male nach antisyphilitischer Behandlung verschwand, ist a posteriori zu schliefsen, dafs der Diabetes in diesem Falle syphilitischen Ursprungs war. Was das Myxödem anlangt, so ist wegen Mangels an anderen Hinweisen, welche das Myxödem hervorrufen könnten, mit grofser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dafs auch das Myxödem in diesem Falle durch Syphilis hervorgerufen war.

Um unseren Fall abzuschliefsen, will ich mir erlauben, einige Worte in betreff der Prognose bei diesem Falle beizufügen. Wenn wir annehmen, dafs sich infolge von Syphilis eine mehr oder minder partielle interstitielle Schilddrüsenaffektion (die sogenannte Cirrhose) entwickelt hat, welche jedoch weder unter dem Thyreoidingebrauche, noch unter antisyphilitischer

Behandlung verschwinden kann, so wäre zu erwarten, daſs das unter dem Thyreoidingebrauche temporär verschwundene Myxödem aufs neue auftreten und eine neue Behandlung erfordern würde. Und das war in der That der Fall. Als dieser Aufsatz in der *Medisinskoje Obosrenje* am 26. Januar (10. Februar) 1894 bereits gedruckt war, sah ich den Patienten wieder mit einem Recidiv des Myxödems: Gesicht wachsartig, gedunsen, ohne Wangenröte, das Kopfhaar trocken und glanzlos, die Hände ödematös, sämtliche Nägel gefurcht, wobei deren Lamellen sehr brüchig und so dünn sind, daſs man, nach Angabe des Kranken, mit ihnen nicht nur die Haut abkratzen, sondern auch dieselbe einschneiden kann. Das Allgemeinbefinden[6] war jedoch im Vergleich zu dem im vorigen Jahre trotz der Myxödemerscheinungen besser. Er fröstelt zwar, allein das Frostgefühl ist geringer als früher, auch die Schmerzen in den Extremitäten sind geringer. Die komplementäre Schilddrüse hat sich wieder vergröſsert und besteht aus zwei ziemlich weichen, etwa haselnuſsgroſsen Läppchen. Ein Teil der Schilddrüse, und zwar der des rechten Läppchens (unten), hat sich scheinbar regeneriert und läſst sich durchfühlen. Da der Patient die letzte Zeit Sublimatinjektionen erhielt (20 zu 0,015) und die Myxödemsymptome dabei nicht zurückgingen, so wurde Pulver aus Thyreoidinum White zu 0,4 pro die verordnet; die Dosis wird allmählich, je nach dem Allgemeinbefinden des Patienten, vergröſsert werden.

Zum Schlusse erachte ich es als angenehme Pflicht, Herrn Dr. W. Roth für seine liebenswürdige Aufmerksamkeit gegen meinen Patienten im Interesse des Kranken als auch der uns gleich teuren Wissenschaft meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Aus der Praxis.

Über die Verwendbarkeit der SCHLEICHschen Infiltrationsanästhesie in der Praxis des Dermatologen.

Von

Dr. P. Scharff-Stettin.

Je selbständiger und unabhängiger der Arzt über seine operativen Methoden verfügen, je besser er die Assistenz von Kollegen oder sonstiger Hülfskräfte entbehren kann, desto einfacher, schneller und — last not least — billiger ist sein Eingreifen für den Patienten. Nicht zu unterschätzen ist

[6] Der Harn war auch dieses Mal eiweiſsfrei.

dabei die Ersparung psychischer Beunruhigung des Patienten, wie solche vielfach im gleichen Verhältnisse zu den aufgewendeten Vorbereitungen zur Operation zu stehen pflegt. Einen bedeutenden Fortschritt bedeutete in dieser Hinsicht die Einführung des Kokains in die ärztliche Praxis, weil dasselbe zum ersten Male eine wirklich gute lokale Anästhesie gestattete. Aber bald wurden warnende Stimmen laut, welche auf die toxischen Eigenschaften des neuen Alkaloids hinwiesen, und einige durch dasselbe hervorgerufene Todesfälle bestätigten die Berechtigung jener Warner. Um so freudiger ist eine Errungenschaft zu begrüfsen, welche mit Hülfe des Kokains, nicht durch das Kokain, eine Lokalanästhesie ermöglicht auf schmerzlosem Wege und ohne jegliche Gefahr. Diese bietet sich in der Infiltrationsmethode des Dr. K. SCHLEICH-Berlin, welche derselbe an der Hand eines reichen chirurgischen Materials bis zu einer derartigen Vollendung brachte, welche jedem praktischen Arzte ihre Verwendung gestattet. Die SCHLEICHsche Methode ist kurz folgende:

Zuerst wird eine kleine Stelle der das Operationsfeld deckenden Haut in den Sprühkegel eines Sprays gebracht, welcher aus ca. 10 cm Entfernung seinen Inhalt von beiläufig Aether sulfuris 240,0, Aether petrolei 60,0, noch besser Äthylchlorid, in möglichst zusammenhaltender Dusche ausströmt. Nach ca. einer halben bis einer Minute färbt sich die getroffene Hautstelle etwas weifslich. Jetzt kann man die Nadel einer Pravaz-Spritze unbesorgt vor einigen Schmerzensäufserungen des Patienten einstechen, denn derselbe empfindet nichts. Die Führung der Kanüle mufs endermatisch geschehen, so dafs die austretende Flüssigkeit auf der Haut eine weifse Quaddel erzeugt; in den Rand dieser Quaddel wieder einstechend und endermatisch injicierend, schafft man so eine Quaddel nach der anderen, und hat schliefslich eine der infiltrierten Partie entsprechende weifse, etwas erhabene Fläche vor sich. Je nachdem man nun mehr oder weniger tief operativ in das Gewebe einzugehen hat, geht man nach der Infiltrierung der obersten Hautschichten von der Grenze dieser tiefer, und füllt so das ganze von der Operation zu berührende Gewebsstück mit der anästhesierenden Flüssigkeit an. Der Liquor anaestheticus Schleich, um ihn so zu bezeichnen, besteht je nach der vorhandenen Hyperästhesie, aus

℞ *Cocaini muriati*	0,2—0,4
Natrii chlorati	0,4
Morphiini muriati	0,05
Aq. destillatae	200,0

Bei der Herstellung dieser Lösung sind einige Kautelen notwendigerweise zu beobachten. Zuerst mufs das Kochsalz in ca. 220 g destilliertem Wasser gelöst, diese Solution auf 200 g eingekocht werden, so dafs man sicher sein kann, eine aseptische Flüssigkeit zu haben. Nachdem dieselbe abgekühlt, setzt man das Kokain und das Morphin hinzu, da diese Alkaloide in der kochenden Lösung ihre anästhesierende Kraft verloren haben würden.

Der Zweck der einzelnen Komponenten ist am besten zu verstehen, wenn man ein wenig historisch zurückgreift. Schon RICHARDSON gab eine Art der Lokalanästhesie an, welche allein durch Zerstäubung von Hydramiläther ein Gefrieren und damit Unempfindlichwerden der Gewebe anstrebte. Abgesehen davon, dafs diese Methode auch in der Kombination mit der ESMARCHschen Blutleere, sich nicht ausreichend oder gar als schädlich (Brandigwerden des gefrorenen Gewebes) erwies, war dieselbe

auch mit Schmerzen verbunden. Während bei der durch SCHLEICH gewissermafsen fraktionierten Anwendung des Äthers nur die Epidermis für den kleinen Einstich unempfindlich gemacht wird, welcher an sich unbedeutend, doch bei ängstlichen Personen und da, wo schon Schmerzen, z. B. bei Phlegmonen, bestehen, eine gewaltige Rolle spielen würde; denn das Einstechen der Pravaznadeln in die Haut eines Entzündungsherdes thut ebenso weh, wie ein schneller Schnitt durch dasselbe.

Nun die Flüssigkeit selbst. Das wirksame Agens ist nicht das Kokain, sondern das destillierte Wasser. LIEBREICH konstatierte seiner Zeit, dafs man durch Injektion von Aqua destillata in das Gewebe und die dadurch erzeugte Infiltration Anästhesie erzeugen könne; dieweil aber die Procedur der Injektion, das Eindringen des Wassers selbst erhebliche Schmerzen machte, nannte er diese Art, Gefühllosigkeit zu erzeugen, Anaesthesia dolorosa. Durch die Quaddelierung, d. h. durch die Betonung der Notwendigkeit, zuerst die Epidermis zu anästhesieren, durch die Beimischung des minimalen Quantums von Kokain, durch welches das Eindringen der Flüssigkeit in das Gewebe ebenfalls unempfindlich gemacht wird, durch den Zusatz des Drittels des physiologischen Kochsalzgehaltes des Blutes und endlich des Morphins zur Aufhebung etwaiger Resorptionsschmerzen schuf SCHLEICH zum ersten Male eine wirklich brauchbare Lokalanästhesie.

Ist die Technik des geschilderten Verfahrens richtig beobachtet, so kann man nun die schmerzerregendsten Eingriffe vornehmen, ohne dafs der Patient, welcher unter Umständen sogar assistieren, etwa eine Pinzette halten kann, das geringste empfindet. Bekanntlich ist das Verfahren von Dr. SCHLEICH bei den schwierigsten Operationen, unter anderen bei sieben Laparatomien, mit günstigstem Erfolge angewendet worden und hat auch auf dem letzten Chirurgen-Kongresse in Berlin seine öffentliche Feuerprobe (Operation einer Mastdarmfistel unter Einführung gröfster Specula) nach dem Urteile von VON BERGMANN glänzend bestanden.

Nachdem ich selbst diese Art der lokalen Anästhesie seit drei Jahren in meiner Praxis zur Anwendung gebracht, kann ich es nicht unterlassen, auch in dermatologischen Kreisen für die Propagierung derselben zu sorgen.

Hauptzweck dieser Ausführungen ist nun, den Nutzen der SCHLEICHschen Ideen speziell für die dermatologische Praxis zu betonen und an der Hand einiger typisch wiederkehrender Fälle einige noch nicht erwähnte Punkte, welche ebenfalls von Dr. SCHLEICH angegeben sind, genauer zu besprechen.

Seine einfachste, ich möchte sagen paradigmatische Anwendung findet das Verfahren bei der Excision pathologischer Hautstückchen für die mikroskopische Untersuchung.

Sehr angenehm ist es auch, die Phimose während der Sprechstunde ohne Narkose und, was noch wichtiger ist, ohne Schaden für den Patienten beseitigen zu können. Zu bemerken ist bei dieser Gelegenheit, dafs die genannte Äthermischung auf zarten Hautteilen, wie dem Scrotum, dem Mittelfleisch und den Analrändern, die heftigsten Schmerzen bereiten würde, heftiger als jene, welche man ersparen will. Man schützt deshalb diese

empfindlichen Teile entweder dadurch, daſs man den Penis durch ein Loch eines Stückes Gummipapier steckt, welches, wie eine Schürze herabhängend, das Äthergemenge herabfließen läſst, oder reibt die umliegenden Hautpartien, welche geschützt werden sollen, mit Glycerin ein. Dieses läſst den Äther nicht an die Haut gelangen, während alle anderen Schutzmittel, insbesondere die fettigen Charakters, schnell gelöst oder abgespült werden. Nun ätherisiert man in der angegebenen Weise, während man die Präputialöffnung vom Patienten fest zuhalten läſst, damit der Äther nicht an die Schleimhaut des Präputiums und der Eichel gelangen kann. Bei der Rosenschen Lappenbildung z. B. ätherisiert[1] man ein Hautstück in der Gegend der Corona glandis, sticht hier dann mit der Kanüle ein und infiltriert, eine Quaddel an die andere reihend, in wenig Absätzen das obere Blatt des Präputiums bis zum Rande; hierauf infiltriert man noch durch ein bis zwei Einstichöffnungen das untere Blatt und macht nun den Dorsalschnitt in der gewöhnlichen Weise. Das artificielle Ödem summiert sich an dieser Stelle mit dem infolge der Operation durch Stase entstehenden und läſst das Gewebe anfangs unförmlich anschwellen. Suspendiert man jedoch, wie ich es als probat gefunden, den Penis vermittelst eines Suspensoriums, dessen Sack eine klappenartige Verlängerung nach oben hat, und hüllt ihn in einen 1%igen Resorcindunstumschlag, so heilt die ganze Wunde in 5—8 Tagen. An Nähten braucht man nur drei: im Winkel und zur Vereinigung beider Blätter an den Randenden.

Ein weiteres, äuſserst dankbares Operationsobjekt für diese Methode bietet das Ulcus molle, wenn man es, wie ich dies für das beste halte, nach der von Petersen (*diese Zeitschrift* 1890. No. 9) angegebenen Ausschabungsmethode behandeln will.

Hier ist der Äther ebenfalls nicht zu gebrauchen, weil er auf der Wundfläche und der zarthäutigen Umgebung zu stark brennen würde. Man nimmt deshalb entweder einen kleinen Kokainkrystall und läſst diesen auf einen Punkt der gereinigten Wundfläche einwirken, oder es genügt auch die Betupfung eines Punktes derselben mit Acidum carbolicum liquefactum. Durch diese so vorbereitete Stelle sticht man ein und infiltriert mit ca. 0,5 g der Schleichschen Lösung die Basis des Geschwürs. Nun kann man mit dem scharfen Löffel dasselbe curettieren. Hierauf folgt eine Betupfung mit Jodoformäther; darüber mache ich zur Desodorierung einen Ichthyolanstrich und etwas Verbandwatte. Damit verfügt man über eine Methode, welche sowohl den Ansprüchen der Anästhesie, wie der schnellen Heilung in höchst befriedigender Weise genügen dürfte.

Auch in der Syphilisbehandlung findet diese Infiltrationsanästhesie ihren Platz. Zwar sollen nach Angabe der Erfinder fast alle Injektions-

[1] Bei auch nur einigermaſsen vernünftigen Menschen kann man sich das Ätherisieren jedoch sparen und direkt injicieren.

methoden gar nicht oder nur wenig reizen, aber der Praktiker stöfst doch oft wegen der mit ihr verbundenen, zum Teil recht heftigen Schmerzen auf grofsen Widerstand gegen die Injektionsbehandlung, welche doch bei der ambulanten Klientel schwer zu entbehren ist. Hier hilft man sich, indem man zuerst 2—4 g des anästhetischen Gemenges durch senkrechten Einstich, gleich bei Berührung mit der Haut mit dem Kolbendruck beginnend, in die ganze von der Nadel durchquerte Partie bringt (den gröfsten Teil zuletzt!), und nun durch dieselbe Kanüle, welche stecken bleibt, das Quecksilber entweder nach LEWIN, nach LUKASIEWICZ oder nach LANG das vielverrufene und doch so gute Oleum cinereum (ich brauche mit Vorteil das Oleum cinereum Vigier) etc. in den entsprechenden Dosen folgen läfst. Anstatt der Schmerzen tritt dann nur ein vages Druckgefühl auf, welches innerhalb 48 Stunden wieder prompt verschwindet, beim Oleum cinereum sogar erst am dritten Tage ungefähr kaum merklich hier, wie überall da wo man in nicht entzündetem Gewebe operieren kann, auftritt und noch schneller als bei den anderen Methoden wieder verschwindet.

Das Probestück der Technik kann man ablegen am Furunkel und Karbunkel. Bekanntlich kann man in einigen chirurgischen Büchern die falsche Angabe lesen, dafs Kokain im entzündeten Gewebe wirkunglos sei. Das ist allerdings bei unzweckmäfsiger Anwendung vollständig richtig. Aber geht man bei einem Furunkel von dem gesunden Gewebe der Peripherie aus und infiltriert, quaddeliert zuerst dieses oberflächlich, dann tiefer und tiefer, bis man den Furunkel, das nekrotische Gewebe und den Entzündungswall desselben gewissermafsen in einer Kegelform hat, welche man durch das infiltrierte Gewebe um den pathologischen Herd geschaffen hat, so kann man ruhig subkutan discidieren, den Kreuzschnitt machen, den Eiterpfropf mit dem scharfen Löffel entfernen, wie man das gerade für das beste hält. Schmerzen empfindet der Patient dann nicht, nur ein Druckgefühl, welches das hier wie ein Fremdkörper wirkende infiltrierte Gewebsstück auf die normale Umgebung ausübt. In derselben Weise fafst man Phlegmonen, Abscesse, Fisteln an. Auch bei Hämorrhoiden habe ich bei Anwendung der amerikanischen Methode es nützlich gefunden, zuerst den zu operierenden Knoten zu infiltrieren und dann in das Zentrum einige Tropfen Acidum carbolicum liquefactum zu deponieren. Bekanntlich schrumpft der Knoten dann zu einem festen kleinen Narbenballen zusammen, stöfst sich eventuell auch zum Teil nekrotisch ab. Waren die letzten Paradigmen mehr aus dem chirurgischen Grenzgebiete entnommen, so führen uns Lupus und Herpes zoster auf das dermatologische zurück. Gleichviel, ob man bei Lupus den Paquelin, die Curette oder die Elektrolyse anwenden will, in allen Fällen gelingt es, das Operationsgebiet durch unsere Methode

Schleich anästhetisch zu machen, ohne dem Arzte oder dem Patienten Unannehmlichkeiten zu bereiten. Sicher ein bedeutender Fortschritt gegen die Zeit, in der man ohne eine Chloroformnarkose bei diesen Eingriffen nicht auskommt. In allen bisher geschilderten Formen der Verwendung des Schleichschen Mittels galt es immer, die peripheren Nerven direkt an Ort und Stelle zu treffen und leitungsunfähig zu machen. Die Anwendung bei dem Herpes zoster, welche zuerst von mir erprobt wurde, ist eine ganz entgegengesetzte: hier sucht man die Nervenleitung zu dem erkrankten Gebiete zu unterbrechen, wie dies seitens Schleich schon bei Tic douloureux zum Zwecke von Zahnextraktionen beim Nervus trigeminus z. B. empfohlen worden ist. Dies gelingt in der vortrefflichen Weise, wenn man 2—3 g der Lösung im Zwischenrippenraum dicht an der Wirbelsäule, also in die Nähe der Austrittsstelle des betreffenden Nervus intercostalis, injiciert. Die scheußlichen Schmerzen sind sofort wie abgeschnitten, Schlaf und Appetit kehren wieder, und der Arzt kann nun seine ungeteilte Aufmerksamkeit auf das schnelle Abtrocknen der Blasen und etwaigen eiterigen Stellen verwenden, wo nun Jodoformkollodium (Neisser) oder Tannin, resp. Resorcinspiritus vorzügliche Dienste thun. Ich glaube, daß es kein besseres Mittel giebt, um sich einen dankbaren Patienten zu erwerben, als ihn von vorhandenem Schmerz sofort zu befreien oder vor bevorstehenden zu bewahren. Dieses erreicht man sicher durch die Schleichsche Infiltrationsanästhesie, und zwar — dies ist ein besonders zu betonender Punkt — vollständig in gefahrloser Weise, da jede Intoxikationsgefahr absolut ausgeschlossen ist. Nimmt man alles zusammen: Gefahrlosigkeit, Wirksamkeit, Zeitersparnis, denn auch diese kommt in Betracht (das Anästhetisieren dauert nur circa ein Fünftel so lange, wie das Chloroformieren) und die Billigkeit, so muß man anerkennen, daß diese Methode die beste Lokalanästhesie gestattet, wie man sie nur wünschen kann. Die Dauer der Anästhesie beträgt 10—20 Minuten und kann durch neues interkurrentes Injicieren während der Operation beliebig verlängert werden. Zum Schlusse möchte ich noch für diejenigen, welche Versuche damit anstellen, die Bitte hinzufügen, nicht eher die Methode zu be- oder gar zu verurteilen, bevor sie nicht sicher sind, in der Technik keinen Fehler gemacht zu haben. Sichere Beherrschung der Technik, vor allen Dingen der Quaddelerzeugung, ist die erste Bedingung für das vollständige Gelingen, welches dann aber auch sicher nicht ausbleiben wird.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 8. Mai 1894.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Herr Saalfeld stellt einen 28jährigen Mann vor, der seit 7 Jahren an **Acne varioliformis** leidet; er wurde mit Resorcin- und Borsalben behandelt, ferner mit Arsen. Am 7. April bekam er einen Ausschlag, der sich als Herpes zoster herausstellte; ob durch den Gebrauch von Arsen entstanden, ist nicht festzustellen. Vor 1½ Wochen kam er zu ihm mit Sensationen an den Stellen, welche dem Herpes zoster entsprachen; es zeigte sich daselbst eine rotbraune Färbung (**Herpes zoster haemorrhagicus**), ferner Narben; die Haut des Patienten hat eine gewisse Neigung zur Nekrose.

Herr Ledermann stellt eine Anzahl Patienten vor, und zwar erstens einen Mann, welcher um Weihnachten eine Gonorrhoe acquirierte mit rechtsseitiger Epididymitis. Anfang März war die ganze Harnröhre bis zur Radix in eine ganz starre infiltrierte Masse verwandelt; ferner zeigten sich Drüsenschwellungen allenthalben (Adenia universalis) und Roseola. Es handelt sich also hier um eine **Sklerose der Harnröhre**, welche bis auf einen Teil nach angewandter Schmierkur zurückgegangen ist. Zweitens stellt er einen Mann vor, der vor 4 Monaten **gonorrhoisch inficiert** war. Nach 4—5 Wochen bildete sich in der Harnröhre eine starke Infiltration mit geschwürigem Zerfall, der Ausfluſs ohne Gonokokken, ferner eine **Sklerose im Sulcus coronarius** mit geschwürigem Zerfall, an der Tonsille Infiltration mit Zerfall. Drittens ein Mann mit einem **Ulcus an der unteren Fläche des Penis**, Rupia syphilitica in verhältnismäſsig früher Zeit. Trotzdem kann man hier nicht von einer Syphilis maligna sprechen, weil der Patient sich in gutem Ernährungszustande befindet. Man kann hier eher von einer **Syphilis praecox** sprechen. Nach der Schmierkur sind Papeln und Drüsenschwellungen zurückgegangen. Viertens ein Patient, der im Jahre 1887 einen Schanker acquirierte, vorige Weihnachten sich von neuem mit einem Ulcus durum inficierte; wegen eines linkseitigen Bubos wurde er dann operiert. Nach dem ersten Schanker verheiratete er sich; seine Frau gebar ein lebendes Kind im 7. Monat, ein Zwillingspaar im 4. Monat, ein Abort von 6 Wochen, Lues also nicht zweifelhaft. Nach dem zweiten Schanker wurde er mit Jodkalium und Sublimatinjektionen behandelt, dann trat wieder ein Geschwür am Penis auf mit tiefem Zerfall. Dasselbe hat sich zwar geschlossen, es besteht jedoch noch eine starke Infiltration, so daſs er die Diagnose auf **Ulcus gummosum penis** präcisieren möchte. Fünftens einen Fall von **Psoriasis**, und zwar eine Abortivform am Handteller, kleine Plaques, fast gar keine Infiltration, aber stark juckend. Sechstens eine 22jährige Frau, welche vor 14 Wochen ein Geschwür in der Wangenschleimhaut bekam, Drüsenschwellungen in der rechten Submaxillargegend; 6 Wochen darauf traten rheumatische Beschwerden auf mit hohem Fieber; Patientin muſste 8 Wochen das Bett hüten; sie wurde mit antifebrilen Mitteln behandelt; Anfang April hörten die rheumatischen Beschwerden auf, es entwickelte sich ein universelles **papulöses Syphilid**, namentlich die oberen Augenlider zeigten dicke Papeln. Ein Schwager wohnte bei ihr; derselbe soll Lues gehabt haben; ihr Mann ist Phthisiker, aber sonst gesund. In der Wangenschleimhaut ist noch die Narbe zu sehen.

Herr Rosenthal: In den beiden letzten Jahren sind die Infitrationen der Harnröhren häufiger.

Herr Schütte beobachtete diesbezüglich vor 5 Jahren ein Tonsilla-Ulcus, das zuerst für Tuberkulose, dann für Sarkom gehalten wurde. Patient kam dann in die Lassarsche Klinik, und da stellte es sich heraus, dafs das Ulcus durch Incision eines Abscesses entstanden sei.

Herr Isaac erwähnt einen Fall bei einer jungen Dame mit einem grofsen Ulcus auf der rechten Tonsille, das wegen Sarkoms operiert werden sollte. Er konstatierte eine Sklerose; der Fall war sehr maligne, wie er überhaupt bei extragenitalen Sklerosen eine grofse Malignität beobachtete.

Herr Grimm erwähnt einen Fall bei einer ca. 30jährigen Frau mit einem grofsen harten Geschwür auf der rechten Tonsille, das längere Zeit nicht beseitigt werden konnte; in wenigen Wochen entstand ein syphilitischer Ausschlag; auf eine spezifische Kur ging alles zurück.

Herr Grimm beobachtete eine durch zahnärztliches Instrument hervorgerufene Infektion. Die Affektion safs in der Nähe der Alveole am Zahnfleisch, eine typische Sklerose. Nach 5 Wochen trat das Exanthem auf.

Herr Rosenthal erwähnt ebenfalls eine Infektion durch einen Zahnarzt bei einem jungen Mädchen, das mit einem schuppenden Exanthem zu ihm kam. Dasselbe erkannte er schliefslich als spezifisch. Die Anschwellung der Unterkieferdrüsen führten ihn zur Untersuchung des Kopfes, endlich fand sich am Processus palatinus eine Infiltration. Die typische Drüsenschwellung in der Nähe des Primäraffekts und die sekundären Erscheinungen wiesen mit Sicherheit auf eine spezifische Infektion hin.

Herr Lassar: Vor einer längeren Reihe von Jahren beobachtete Selberg einen jungen Mann mit einem Tonsillarschanker; von einem Chirurgen an Lymphosarkom operiert, trat Exitus letalis ein; bei der Sektion fanden sich die Mandeln mit schankrösen Infiltraten bedeckt.

Herr Richter stellt einen 29jährigen Patienten vor mit einem eigentümlichen **syphilitischen Ausschlag**; vor 8 Tagen kam er zu ihm mit einem Geschwür an der Vorhaut und konsekutiver Sklerose, so dafs er die Entfernung der Vorhaut vornahm. Patient giebt zu, vor längerer Zeit extra domum coitiert zu haben. Seine Frau leidet seit 4 Wochen an einem spezifischen Exanthem. Der Ausschlag des Patienten besteht aus Gruppen, an deren Rande sich Bläschen vorfinden. Die Affektion ist jetzt nicht mehr so sichtbar, wie früher, namentlich die kleinen Bläschen sind unter der Einwirkung von Sublimatinjektionen zurückgegangen.

Herr Lassar: Herr Isaac stellte einen solchen Fall vor, bei dem es zweifelhaft war, ob es Psoriasis oder Syphilis sei; ohne jede Behandlung zeigt sich eine annuläre Papelbildung spezifischer Natur.

Herr Saalfeld: Man könnte den Fall als Pemphigus syphiliticus publicieren. Die gewöhnliche Psoriasis zeigt eine andere Schuppenform, als diese.

Herr Lassar: Zur Pityriasis rubra. Vor kurzer Zeit wurde hier ein Patient vorgestellt, bei dem, dem Hebraschen Bilde entsprechend, die Diagnose auf Pityriasis rubra gestellt wurde. Ursprünglich hatte ihn Herr Ledermann wegen **Psoriasis** in Behandlung, dann wurde Patient infolgedessen einer mächtigen Chrysarobinreizung unterzogen; die Merkmale der Psoriasis wichen, es bildete sich eine allgemeine Dermatitis, die Haut war stark gespannt, scharlachrot, so dafs man eine Pityriasis rubra annahm. Nachdem jedoch die Wirkung des Chrysarobins nachliefs, blafsten die scharlachroten Hautstellen ab, es waren dann kleine Erhabenheiten mit schuppender Oberfläche zu sehen. Die Diagnose der Pityriasis rubra ist also zurückzunehmen. Er

erwähnt hierzu noch zwei andere Fälle, wo in dem einen sich Lichen ruber, in dem anderen Ichthyosis entpuppte.

Herr Heller hat seinen Hörern ein Analogon vorgestellt, bei dem nach Psoriasis sich ebenfalls eine Dermatitis mit gespannter scharlachroter Haut entwickelte.

Herr Schütte stellt einen Fall von Lupus erythematodes vor, der in dieser generalisierten Form äufserst selten ist; er verbreitet sich über den ganzen Körper. Zuerst fing die Affektion im Gesichte an, von da aus verbreitete sie sich weiter. Zuerst exspektative Behandlung; für spezifische Infektion waren einzelne Zeichen vorhanden; er ist dann auch spezifisch behandelt worden. Ferner noch ein zweiter Fall von Lupus erythematodes, der namentlich am Kopfe stark ausgeprägt ist.

Herr Lassar: Es wäre von Interesse, festzustellen, ob eine derartige Ausbreitung eine solche Seltenheit ist, oder ob sie häufiger vorkommt. Er selbst kennt nur noch einen Fall von dieser starken Ausbreitung, der in den Jahren 1889/90 in seiner Beobachtung war. Auf seine Frage über therapeutische Erfahrung meint Herr Isaac, dafs die Pyrogallussalbe seines Erachtens am besten wirke. Es giebt ja kaum ein Mittel, das bei dieser Affektion nicht angewandt worden wäre. Er habe auch den Paquelin angewandt, aber die Reizung war zu stark, und der Prozefs ging unter dem Schorfe nicht zurück. Herr Lassar will mit dem Paquelin ganz gute Erfolge erzielt haben.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 16. Juni 1894.

Vorsitzender: Dr. E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Louis Wickham: **Zur Behandlung des Endstadiums des Herpes tonsurans.** Verfasser weist darauf hin, dafs die kranken Haare im Endstadium des Herpes tonsurans mit kleinsten Plaques behaftet sind. Dieses Stadium zieht sich ungeheuer lang hin und ist der Behandlung schwer zugängig, wie sich Wickham bei einer jüngsten Epidemie erst wieder überzeugen konnte. Da die geringfügigen, noch vorhandenen Symptome der Krankheit in gar keinem Verhältnis zu dem Schaden stehen, den die Kinder durch ihre lange Abwesenheit aus der Schule erleiden, so beschlofs er, die letzten Überbleibsel der Krankheit gründlich zu zerstören. Diese zum Teil chirurgische Behandlung besteht aus drei Eingriffen: Elektrolyse, Elektro-Kauterisation und Bepinselung mit Krotonöl. Man erzielt damit aber auch einen vollen Erfolg, indem die Krankheitsdauer um mehrere Monate abgekürzt wird. Freilich ist die Anwendung der Mittel keine ganz leichte; es ist dazu immerhin eine gewisse Übung und die Einhaltung bestimmter Regeln erforderlich, die vom Verfasser angegeben werden.

In der Stadtpraxis verdient die Elektrolyse vor den anderen Mitteln den Vorzug. Die Elektro-Kauterisation, für die eine besonders feine Spitze zu verwenden ist, wirkt wohl noch etwas rascher, ist aber dafür in der Anwendung auch roher und läfst sich besser im Krankenhause ausführen. Beide Mittel dürfen aber nur bei ganz kleinen Plaques, die ungefähr vier kranke Haare umfassen, angewandt werden. Beim Gebrauch des Krotonöls sind die angegebenen Regeln mit der gröfsten Sorgfalt zu beobachten. Dieses Causticum darf bei etwas gröfseren Plaques, deren Durchmesser 5 mm bis 1 cm grofs ist, in Anwendung gezogen werden; bei noch gröfseren Flächen soll man indessen von dem Mittel absehen. In ungeübten Händen kann es den gröfsten Schaden anrichten, während seine gute Wirkung bei richtiger Verwendung sofort in die Augen springt. Umfafst die Plaque nur noch 4—5 kranke Haare, so führe man die Behandlung mit der Elektrolyse oder der Elektro-Kauterisation zu Ende. Bei

vorsichtiger Anwendung wird man auf diese Weise nur ganz unbedeutende Narben erhalten.

Diese therapeutischen Grundsätze sind bei einer Epidemie von Herpes tonsurans befolgt worden, die seit mehreren Jahren im Asyl Lambrecht geherrscht hat. Bei dieser Gelegenheit konnte Verfasser die von Sabouraud aufgestellten Sätze über die verschiedenen Formen des Kopfgrindes bestätigen. Es war ihm dabei, wie er versichert, unter zehn Fällen neunmal möglich, nur nach den klinischen Symptomen auf dem noch nicht behandelten Kopfe die Varietät des Parasiten zu bestimmen. Wir verdanken diesen Fortschritt den Arbeiten Sabourauds, dessen Schlüsse sich auf unanfechtbare Thatsachen stützen. Bei den jetzt beliebten Behandlungsarten heilt der Herpes tonsurans erst in 8—10 Monaten.

Beclère bestätigt in einer ausführlichen Arbeit über die Tinea der Schule des Hôpital St. Louis, die früher unter Leitung von Quinquaud stand, die Ansicht Wickhams in betreff der Dauer der Behandlung und bemerkt, dafs diejenigen, die gemeint haben, den Herpes tonsurans in 2—3 Monaten heilen zu können, sich im Irrtum befanden. Auch er ist der Ansicht, dafs man im Endstadium energischer vorgehen und die noch vorhandenen kranken Haare zerstören soll.

Auch er kann die Entdeckung Sabourauds betreffend die verschiedenen parasitären Formen des Kopfgrindes nur bestätigen. Er schlägt vor, der vom Trichophyton mikrosporon erzeugten Krankheit den Namen „Teigne Gruby - Sabouraud" zu geben.

Gaucher und P. Raynaud sprechen über die Verwendung des Oleum crotonis bei der Tinea; aber ihr ablehnendes Urteil gegenüber diesem Mittel bezieht sich nur auf seine Anwendung im akuten Stadium des Kopfgrindes. Da es während dieser Periode beträchtliche Narben verursachen kann, so kommt es allerdings gar nicht in Frage.

Sabouraud bemerkt, dafs L. Wickham, wie übrigens auch er selber, das Krotonöl als Ätzmittel ausschliefslich im Endstadium des Herpes tonsurans empfehle, dafs man es aber im akuten Stadium nicht verwenden solle. In dieser Begrenzung ist die Wirkung des Öls eine ausgezeichnete, vorausgesetzt, dafs man sich bei seinem Gebrauch genau an die gegebenen Vorschriften hält.

Gaston: **Naevi vasculosi zoniformes mit trophischen Störungen.** Ein jetzt 26jähriger Patient ist mit streifenförmigen Naevi behaftet, die weinhefefarben sind, über die Haut nicht hervorragen, an den Unterextremitäten, dem Gliede, dem Gaumensegel und der linken Hand sitzen. Hierzu gesellten sich im achten Lebensjahre zahlreiche trophische Störungen im Anschlufs an einen Stich mit einem Dorn.

Im unmittelbaren Anschlufs an den Stich entstand auf dem rechten Fufsrücken ein Geschwür, das auch jetzt noch besteht. Bald darauf bildeten sich an beiden Füfsen zahlreiche Geschwüre, die zur Verwachsung der Zehen führten, eine Ankylose im rechten Tibio-Tarsal-Gelenk und eine Atrophie beider Beine bewirkten. Patient ist erblich nicht belastet, die inneren Organe scheinen alle gesund zu sein. Die Sensibilität ist erhalten, die Reflexe normal, abgesehen von einer starken Schweifsabsonderung an beiden Füfsen. Es besteht keine Veränderung der elektro-motorischen Reaktionen der Nerven und Muskeln.

Die Behandlung war bis jetzt auf die Geschwürsbildung ohne Einfluſs. Ein Aufenthalt in St. Honoré vor 14 Jahren hat die trophischen Störungen nur noch verschlimmert.

Gaston: **Über ein angeborenes, progressives Angioma mit Sitz auf dem linken Oberschenkel, dem Skrotum und der Hüftnerven-Gegend der nämlichen Seite.** Das Angioma erschien im dritten Lebensmonat nach einem Sturz auf das

linke Knie; es ist dann fortwährend gewachsen, namentlich nach Anwendung eines Gummistrumpfes (Bas à varices). Es verursachte anfangs nur wenig Schmerzen, führte aber nach und nach eine Unbeweglichkeit der ganzen Unterextremität, in der der Kranke ein Gefühl von Taubsein und Kälte hatte, herbei. Der Fuſs und das untere Drittel des Unterschenkels schwitzen sehr stark. Die Empfindung für Schmerz und für den elektrischen Strom ist herabgesetzt; die faradische Reaktion ist vermindert; Entartungsreaktion der Muskeln und Nerven fehlt. Patient ist jetzt 26 Jahre alt, hat weder Herzbeschwerden noch sonstige Organstörungen oder körperliche Miſsbildungen, ist erblich nicht belastet. Das Angioma sieht varikös aus und läſst sich vorübergehend ausdrücken. Weder Pulsation noch blasende Geräusche sind wahrnehmbar.

Trousseau: **Hereditär-syphilitische Periostitis der Orbita.** Dieser Fall von Periostitis der Orbita auf erblich-syphilitischer Grundlage ist besonders darum bemerkenswert, weil er heftige Gehirnerscheinungen machte, die an das Vorhandensein einer Meningitis tuberculosa glauben lieſsen. Der kleine Patient, ein Mädchen von 2½ Jahren, wurde mir in einem völlig komatösen Zustande gebracht; die Pupillen waren starr und erweitert; es bestand beträchtlicher Exophthalmus des rechten Auges, die Lider waren sehr geschwollen und gerötet. Vor 14 Tagen war das bis dahin ganz gesunde Kind verdrieſslich und matt geworden, wimmerte des Nachts, führte die Hand zum Kopfe und hatte vor dem komatösen Zustande, in dem ich es zu sehen bekam, einen Krampfanfall gehabt.

Der Vater war drei Jahre vor seiner Verheiratung syphilitisch gewesen, Mutter und Kind scheinen indes von dieser Krankheit verschont geblieben zu sein. Um aber die Prognose nicht von vornherein ganz ungünstig stellen zu müssen, so diagnosticierte ich lieber eine Periostitis syphilitica, als eine tuberkulöse Entzündung der Orbita und der Meningen. Der Verlauf gab mir auch recht, denn unter Einreibungen mit Quecksilber und bei innerlichem Gebrauch von Jodkalium bildete sich der Exophthalmus schon nach einigen Tagen zurück und das Kind genas vollkommen.

Die Erkrankung platter Knochen ist bei Syphilis hereditaria sehr selten; die Lokalisation an der Orbita bildet daher eine Ausnahme, und das dürfte dem vorgetragenen Falle einiges Interesse abgewinnen. Zugleich zeigt er aber auch wieder, wie schwer die Unterscheidung zwischen Heredo-Syphilis cerebralis und Meningitis tuberculosa sei und wie wichtig es ist, recht schnell die richtige Diagnose zu stellen, da hiervon häufig das Leben des Kranken abhängt.

Leredde: **Lupus erythematosus und Gumma skrophulo-tuberculosum.** Der von Leredde vorgestellte Patient leidet gleichzeitig an Lupus erythematosus des Gesichts und vereitertem Gumma skrophulo-tuberculosum. Der Lupus ist typisch, und da seine tuberkulöse Natur bestritten wird, so ist es immerhin interessant, daſs er sich gleichzeitig mit ausgesprochen tuberkulösen Neubildungen entwickelt hat. Diese Beobachtung ist, wie so viele andere mehr, für die Lehre von der tuberkulösen Natur des Lupus erythematosus wertvoll.

Lichenifikation und Lichen simplex. Du Castel stellt einen Kranken vor, dessen Haut auf den Händen, den Vorderarmen und den Schultern in symmetrischen Linien verdickt ist. Zur Zeit besteht nur wenig Pruritus, aber derselbe war eine Zeitlang so heftig, daſs der Ausschlag durch das Kratzen noch verschlimmert wurde.

Tenneson hält den Fall für ein typisches Beispiel von Lichen simplex.

Gaucher und Barbe: **Erythema pellagrosum alkoholischen Ursprungs.** Fall 1. X... 40 Jahre alt, suchte am 6. Juni 1894 wegen eines Erythemas beider Handrücken die dermatologische Poliklinik des Hôpital Saint Antoine auf. Patientin hat niemals Not gelitten, gesteht aber ein, schon seit Jahren, namentlich aber in den

letzten vier Jahren dem Trunke stark ergeben zu sein. Der jetzige Ausschlag hat vor einem Monat auf beiden Handrücken begonnen und hat sich nach abwärts auf die Finger bis zum ersten Interphalangealgelenk, nach aufwärts bis dahin, wo der Kleiderärmel beginnt, erstreckt. Das Erythem schlägt sich dann noch zum Radialrand des Vorderarmes um und macht kurz vor dem Rand Halt. An allen diesen Teilen ist die Haut wie mit einem Firnifs überzogen und schuppt stellenweise ab. Patientin leidet infolge des Alkoholmifsbrauchs noch an Verdauungsstörungen und hat auch einige Symptome der Pseudo-Tabes.

Fall 2. L., Maurer, hat immer Paris bewohnt und niemals Not gelitten. Seine Handrücken weisen gleichfalls eine lebhafte Röte auf, die sich vor ungefähr zwei Monaten zuerst zeigte. Patient ist dem Alkohol sehr ergeben und hat auch einzelne Symptome der Pseudo-Paralysis generalis.

Wir haben es also hier mit zwei Alkoholisten zu thun, die sich unter dem Einfluſs der Märzsonne ein Erythema solare s. pellagrosum erwarben.

Gaucher und Barbe: **Gewerbliche Arsenvergiftung.** X. hantiert seit 40 Jahren mit Arsenpräparaten. Vor 14 Tagen hat er von der Arbeit zurückbleiben müssen, weil sich an seinem Skrotum, an der Innenseite des linken Oberschenkels und am rechten Zeigefinger Geschwüre bildeten. Gegenwärtig besteht auch auf der Aufsenfläche des linken kleinen Fingers ein Geschwür, das schon drei Monate alt ist und ein weiteres Geschwür zwischen der ersten und zweiten Zehe des linken Fufses. In der Nasenscheidewand entdeckt man ein grofses Loch; auf der Palmarfläche der Hände und Finger besteht eine diffuse Keratose, die ebenfalls vom Arsen herrührt.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

New Yorker Akademie der Medizin.
Sektion für Blasen- und Geschlechtskrankheiten.

Sitzung vom 12. Dezember 1893.

Naevus der Vulva mit Ulceration. Dr. C. W. Allen stellt ein sieben Wochen altes Mädchen vor, welches an der unteren Hälfte des rechten Labium majus ein kraterförmiges, rot gerändertes Geschwür zeigte mit einem unebenen, im Zentrum mehr vertieften Grunde. Bei näherer Besichtigung bemerkte man, dafs der Sitz der Ulceration ein kongenitaler Naevus war, und dafs sie diesen derart bedeckte, dafs die Diagnose nicht leicht war. Das Vorkommen von Ulcerationen bei Angiomen ist nicht so sehr selten; Vortragender hat drei derartige Fälle gesehen.

Einen Fall mit multiplen Initialschankern stellt Dr. F. T. Brown vor. Ein Schanker nahm das Orificium urethrae ein und hat einen beträchtlichen Teil desselben zerstört. Zwei andere befinden sich an der Corona glandis. Der Patient hat gegenwärtig indolente Drüsen und ein Roseolenexanthem.

Dr. Taylor spricht: **Über einige ungewöhnliche Neubildungen der Vulva.** Die Krankengeschichten dreier vom Redner beobachteter Fälle werden mitgeteilt und durch Demonstration von Photographien illustriert.

Die eine Patientin hatte früher an weichen Schankern und vereiternden Bubonen gelitten. Syphilis hatte sie nie gehabt. Später hatte sie eine Vulvitis. Im 45. Lebensjahre kam sie ins Hospital. Bei ihrem Eintritte war die Vulva der Sitz einer maronenfarbigen, flachen Geschwulst, welche sich bis zur Pubes und der rechten Leistengegend ausdehnte und kreisförmig den Anus umgab. Das Gewächs begann als eine verdickte, schwach erhabene Stelle von tief roter Farbe auf dem linken kleinen und grofsen Labium. Von hier dehnte es sich durch peripheres Wachstum nach dem Scheideneingange aus, über der Clitoris rechts, links abwärts bis nahe zur Afteröffnung. Im weiteren Verlaufe des Krankheitsprozesses verlor die Vulva das normale

Aussehen vollständig. Viel Beschwerden hatte die Patientin anfangs nicht. Es bestand nur ganz leichtes Brennen und Jucken, während das neugebildete Gewebe weder eine Tendenz zur Heilung noch zur Ulceration zeigte. Allmählich jedoch, als die Krankheit stetig Fortschritte machte, empfand die Patientin schliefslich bei der geringsten Bewegung heftige Schmerzen und konnte weder gehen noch sitzen. Es traten, da die Krankheit den Scheideneingang ergriff und denselben auch nahezu vollständig verschlofs, Komplikationen von seiten der Blase und der Gebärmutter hinzu. Unter Marasmus ging die Patientin zu Grunde.

Obgleich der Prozefs mehrere Jahre dauerte, war niemals eine Ulceration sichtbar, niemals zeigten sich die benachbarten Lymphdrüsen geschwollen. Erythematöse und erysipelatöse Komplikationen fehlten gänzlich. Ein papillomatöses Aussehen hatten die Neubildungen niemals gehabt.

Der zweite Fall war dem ersten ziemlich gleich, während der dritte sich klinisch von den beiden ersten unterschied; dagegen erwies sich der pathologisch-anatomische Prozefs nach der von Dr. Ira van Gieson vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung bei allen dreien als identisch. Es handelte sich um eine Hyperplasie. Eine bestimmte Diagnose konnte nicht gestellt werden. Epithelioma mufste nach der Anamnese und dem makroskopischen Aussehen ausgeschlossen werden. (Was war es nun eigentlich? Ref.)

Sitzung vom 9. Januar 1894.

Syphilitische Exostose des Stirnbeins. Dr. T. Brown stellt einen jungen Mann vor, der sich vor 6½ Jahren syphilitisch inficiert hat. Der, wie es scheint, etwas sorglose und unbefangene Patient weifs über die ersten Symptome seiner Krankheit nicht viel anzugeben. Er hat sich niemals behandeln lassen, weil er glaubte, die Krankheit würde von selbst verschwinden. Zwei bis drei Monate nach Beginn der Syphilis heiratete der Mann. Seine Frau machte eine Fehlgeburt, drei Wochenbetten mit totgeborenen, resp. frühzeitig verstorbenen Kindern durch. Die Exostose auf der einen Seite des Stirnbeins hat dem Patienten auch in der Nacht nicht Schmerzen bereitet, was immerhin auffallend und selten ist, da derartige Exostosen gerade am ehesten die heftigsten Dolores osteocopi et nocturni zu bereiten pflegen. Von Interesse ist ferner bei dem Falle die Symmetrie der Affektion, da eine ähnliche Knochenbildung auf der korrespondierenden Stelle der anderen Seite des Stirnbeins vorhanden war.

Diskussion.

Dr. Brewer glaubt, dafs die Schwellung auf der Stirn des Patienten nicht eine Knochenbildung wäre, wozu sie nicht hinreichend fest und hart sei. Er sei geneigt, sie für ein Gumma anzusehen.

Dr. Fordyce und Tuttle stimmen mit dem Vorredner überein, während Dr. Allen das Gewächs für eine Exostose hält.

Dr. Taylor meint, dafs derartige Schwellungen das Resultat einer Proliferation des Periosts seien und in frühen Stadien der Syphilis noch nicht die Härte einer Exostose annehmen. Erst, wenn die Krankheit älter ist, wird der Knochen in Mitleidenschaft gezogen, und wir haben dann jene harten, elfenbeingleichen Massen, die man nicht nur am Stirnbein, sondern auch am Schienbein anzutreffen pflegt.

Gangrän des Scrotums, von Ch. W. Allen ist bereits in *dieser Zeitschrift*, Bd. 18, S. 424, referiert.

Diskussion.

Dr. Fordyce legt viel Wert auf die bakteriologischen Untersuchungen bei derartigen Fällen, weil sie am besten geeignet sind, Aufschlufs über die Ätiologie gangränöser Affektionen zu geben. Traumen scheinen eine prädisponierende Ursache

abzugeben, indem sie Eingangspforten für die pathogenen Mikrobien bilden. Es werden Fälle von Gangrän des Penis gemeldet, hervorgerufen durch Kommabacillus. Redner hat sich nicht überzeugen können, auch bei gewissen Formen von Gangrän der Haut nicht, dafs der Streptococcus die Gangrän hervorrufe, wohl habe er Bacillen gefunden.

Dr. Brown beschreibt einen Fall von Gangrän der Glans penis.

Dr. Thomas H. Manley berichtet über zwei Fälle von Gangrän des Scrotums, von denen der eine auf einen Perinealabscefs, der andere auf eine traumatische Ruptur der Urethra zurückzuführen waren. Beide Patienten gingen an allgemeiner Sepsis zu Grunde.

Dr. E. Fuller erwähnt zwei Fälle von hämorrhagischer Infarktion des Testikels, bei welchen das Scrotum anschwoll und eine bläuliche Farbe annahm, ohne dafs es jedoch gangränos geworden wäre. Dagegen könne der Testikel gangränos werden. Die Ursache der Gangrän ist wahrscheinlich in einer Thrombose des Plexus pampiniformis zu suchen. Nash berichtet über zahlreiche Fälle von Gangräna testiculi infolge von Torsion des Samenstranges gewöhnlich bei unvollständigem Descensus testiculi.

Dr. Taylor erwähnt Fälle von Gangrän des Scrotums in Verbindung mit Morbus Brightii oder Diabetes. *C. Berliner-Aachen.*

New Yorker Dermatologische Gesellschaft.

228. Versammlung.

Einen **Fall von spontanen Clavi an den Fingern** stellt G. T. Elliot vor. Die 16jährige Patientin ist von jeher nervös, aufgeregt gewesen und scheint etwas hysterisch zu sein. Sie hat keinerlei Beschäftigung, auf welche die Affektion zurückgeführt werden könnte. Vor einem Monate entwickelte sich an der Ulnarseite des Mittelfingers der linken Hand ein Clavus, seitdem sind 8—10 an derselben Seite aufgetreten, welche die Hälfte der zweiten und dritten Phalanx einnahmen. Gewöhnliche Warzen finden sich hier und an den Händen. Die Läsionen sind ganz typische Clavi und verursachen bei der leisesten Berührung Schmerzen. Sie scheinen spontan entstanden zu sein.

Diskussion. Fox, Cutler, Sherwell, Klotz glauben, dafs es sich um noch nicht vollständig entwickelte Warzen handle, die zuerst das Aussehen haben, wie es Elliot beschrieben, später aber in gewöhnliche Warzen übergehen. Die Lokalisation an den Seiten des Fingers lasse vermuten, dafs die Läsionen durch Druck, Reibung oder eine Verletzung entstanden sind.

Einen **Fall von Telangiektasie von ungewöhnlicher Entwickelung** stellt Dr. Morrow vor.

Die Patientin ist ein 10jähriges Mädchen. Kurz nach ihrer Geburt verfiel sie in Krämpfe, die sich im Laufe des ersten Lebensjahres häufig wiederholten und wahrscheinlich zentralen Ursprunges waren. Im Alter von fünf Monaten bekam das Kind ungewöhnlich grofse Telangiektasien im Gesicht und am Körper. An der linken Wange sieht man eine grofse, diffuse, unregelmäfsig ovale Stelle und eine andere unter dem Kinn. Drei bis vier Jahre später zeigte sich eine grofse Zahl von kleinen Läsionen im Gesicht, die sich über die Nase und die Kiefergegend verteilten. Dieselben haben im Laufe der nächsten Jahre nahezu dasselbe Aussehen beibehalten. Am Rücken ist eine grofse narbige Stelle, welche von der Mutter des Kindes als Hinterbleibsel eines applicierten Senfpflasters angesehen wurde und das Aussehen eines Keloids zeigte. Auf der anderen Seite des Rückens war eine Anzahl von narbigen Punkten, welche spontan entstanden zu sein schienen.

Die Diskussion dreht sich hauptsächlich um die Frage, welcher Natur die narbigen Gewächse am Rücken der Patientin wären. Dr. Bronson und ebenso Dr. Sherwell erklären dieselbe als eine Art von Fibromatosis, die ähnlich, wie es

zuweilen beim Molluscum fibrosum der Fall ist, auf eine Gehirnaffektion zurückzuführen sei.

Dr. Fox möchte den Fall als Fibro-Angiom bezeichnen, während Dr. Lustgarten die Läsionen am Gesicht klinisch wie histologisch von den Gewächsen am Rücken getrennt wissen will. Die letzteren rührten von einer Dermatitis pustulösen Charakters her, durch Irritament, wahrscheinlich der Senfpflaster, hervorgerufen. Die Naevi dagegen seien kongenital.

Den weiteren Teil der Diskussion nimmt die Behandlung der Naevi ein. Die meisten Redner halten die Elektrolyse für das beste, vielleicht das einzige, erfolgverheifsende Mittel.

Ein Fall zur Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose, vorgestellt von Dr. Morrow.

Der Patient ist 45 Jahre alt, hat im Alter von 18 Jahren eine Gonorrhoe und eine Epididymitis gehabt. An einen syphilitischen Ausschlag weifs er sich nicht zu erinnern. Im Jahre 1889 klagte er über Beschwerden beim Urinieren. Er kam in die Behandlung eines Arztes, der den einen Testikel, den er für tuberkulös hielt, operativ entfernte. Der Patient heiratete 1892 zum zweiten Male, hatte jedoch keine Kinder von der zweiten Frau. Vor einem Monate ungefähr kam der Patient wieder zu dem Arzte und zeigte demselben eine Entzündung des Scrotums und des zurückgebliebenen Testikels. Die Frage entstand, ob es sich um Syphilis oder Tuberkulose handelte. Bei der Untersuchung des Patienten bemerkte man 2—3 Ulcerationen an der Peniswurzel, die sich nach abwärts bis zum Skrotum ausdehnten, eine grofse Ulceration in der linken Inguinalgegend und eine andere an der linken Seite des Scrotums. Die beiden letzteren waren bedeckt mit papillomatösen Exkrescenzen. Die ganze Haut des Penis war von Narbengewebe eingenommen, das auf einen abgelaufenen Ulcerationsprozefs hindeutete. Redner erklärte es für lokale Tuberkulose, aber vorsichtshalber riet er, den Patienten eine antisyphilitische Kur, bestehend in der Applikation von Quecksilberpflaster äufserlich und in Jodkalium innerlich durch machen zu lassen. Unter dieser Behandlung heilten die Wunden am Scrotum ab, und der entzündliche Zustand verlor sich ganz.

In der Diskussion erklären die meisten Redner den Fall als Syphilis und warnen vor allzu übereilter Exstirpatio testiculi. Eine energische, antiluetische Kur sollte niemals vor der beabsichtigten Operation unterlassen werden. Allerdings sei es zweifellos, dafs auch Fälle von Tuberculosis testis sich unter dem Gebrauch von Jodkalium gebessert haben, aber meistens schreite die Besserung hier nur sehr langsam voran, während Jodkalium bei Syphilis rapide und in erstaunlich kurzer Zeit die syphilitischen Produkte zum Schwinden bringe.

Einen Fall zur Diagnose, vorgestellt von Dr. Cutler, erklärt die Mehrzahl der Mitglieder in der Diskussion als Lupus vulgaris von oberflächlichem Charakter.

Einen Fall von multiplem indurierten Schanker stellt Dr. Klotz vor. Der Patient war ein junger Mann, bei dem die syphilitischen Initialaffekte gleichzeitig an der Lippe und am Penis auftraten. An der Unterlippe sowohl, wie am Sulcus coronarius der Glans sah man einen wohl entwickelten harten Schanker; am Körper zeigte der Patient jetzt einen syphilitischen Ausschlag.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band XII. No. 4. April 1894.

I. Ein Fall von variköser Lymphangiektasie, lymphatischen Kapillar-Varicen, von G. T. Elliot-New York. Die 39jährige Patientin hat in der Kindheit an skrophulösen Drüsen gelitten, welche vereiterten, nach aufsen aufbrachen und schliefslich mit Hinterlassung von mehr oder weniger tiefen Narben abheilten. Derartige Narben sieht man am Halse, wo dieselben sich längs des Musculus sterno-cleidomastoideus bis unter das Kinn hin erstrecken. Ähnliche befinden sich in der Suprasternalgegend und in der rechten Achselhöhle.

Die Affektion, wegen deren die Patientin den Arzt konsultierte, datiert aus einer späteren Zeit. Sie ist charakterisiert durch mehr oder weniger grofse Gruppen und Ketten von punktförmigen, bis stecknadelkopfgrofsen, vesikulösen, diskreten Efflorescenzen, die ihren Sitz in der Nachbarschaft und längs der Ränder der Narben haben. Dieselben ragen ein wenig über das Niveau der Haut hervor und ruhen auf der Oberfläche wie gelbe Thautropfen. Auf Druck werden sie kleiner, verschwinden z. B. in der Achselhöhle ganz und kehren nach Beseitigung des Druckes nur langsam wieder. Die Haut, auf welcher sie sitzen, zeigt keinerlei verändertes Aussehen, keine Telangiektasie, keine erweiterten Blutgefäfse. Die Patientin hat von der Affektion keine subjektiven Beschwerden, nur ist es ihr unangenehm, dafs, wenn eins der Bläschen spontan oder durch eine Verletzung platzt, kontinuierlich für Stunden, ja für Tage eine blasse, strohgelbe Flüssigkeit herabtröpfelt und die Wäsche benetzt und beschmutzt.

Aus der afficierten Haut in der Achselhöhle wurde behufs mikroskopischer Untersuchung ein Stückchen excidiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet, geschnitten und mit Boraxkarmin und Hämatoxylin gefärbt.

Die einzelnen Bläschen wurden mit Elektrolyse behandelt.

Das Resultat der histologischen Untersuchung ist folgendes: Die Epidermis zeigte keine Veränderungen, ebenso ist das Corium zumeist unverändert. Nur an den papillären und subpapillären Teilen zeigt sich in der Nachbarschaft der Bläschen deutliche Zellinfiltration. Die Bläschen selbst stellen teils oberflächlich, teils tiefer in der Cutis gelegene Kavitäten von verschiedener Gröfse und Konfiguration dar. Sie sind unilokulär, vielfach lineär angeordnet und sehen aus wie gewundene, in verschiedener Höhe durchschnittene Blutgefäfse. Nach innen sind die Kavitäten zumeist von einer einschichtigen Endothellage, nach aufsen zunächst von einer Lage Bindegewebe, sodann vom Rete, endlich vom Stratum corneum begrenzt. Bei einigen Bläschen fehlt die Basalschicht des Rete, und die Aufsenwand bildet das Stratum spinosum. Den Inhalt der Kavitäten bildet eine körnige, amorphe Masse. Wo sich Kavitäten befinden, sind die Papillen erweitert und vergröfsert. In einigen dieser Papillen sieht man Kapillargefäfse längs der Kavitäten verlaufen, ohne dafs irgend eine Verbindung zwischen beiden vorhanden wäre. Blutkörperchen sind in den Hohlräumen nicht vorhanden. Die Kavitäten sind deshalb dem lymphatischen System zuzurechnen, und zwar sind sie eher als einfache Lymphangiektasien, denn als Lymphangiome anzusehen, weil ihnen jedes Geflecht, jede Verzweigung oder alle Anzeichen einer Neubildung von Lymphgefäfsen oder Lymphräumen fehlen.

II. Bemerkungen über chronische Urethritis, von G. Frank-Lydston. (Vortrag, gehalten in der Chicago pathological Society am 12. Dezember 1893.) L. bespricht zunächst die Ätiologie der chronischen Urethritis. Da diese jedoch häufig nur ein weiteres Stadium der akuten Urethritis ist, so fragt es sich, welche Ursachen führen die letztere herbei, und unter welchen Bedingungen findet ein Übergang der akuten in die chronische Urethritis statt.

Man kann zwei Formen der akuten Urethritis unterscheiden: a) die gonorrhoische; b) die einfache, nicht gonorrhoische.

Die akute Urethritis kann für sich allein nicht für den Übergang in das chronische Stadium verantwortlich gemacht werden; es spielen hier noch andere wichtige Faktoren mit, und zwar:

a) Diathesen und konstitutionelle Störungen, wie Tuberkulose, Struma, Syphilis, Gicht, Rheumatismus und überhaupt solche Krankheiten, welche den allgemeinen Ernährungszustand schwächen und die Widerstandsfähigkeit der Gewebe herabsetzen, oder welche die Beschaffenheit des Urins derart ändern, dafs derselbe in der Blase sowohl, wie in der Harnröhre beim Durchtritt reizende Wirkungen ausübt.

b) Lokale Reize und hyperämische und erhöhte funktionelle Thätigkeit verursachende Excitantien, wie Alkoholismus, zu scharf gewürzte Speisen, excessiver Tabakgenufs, Überanstrengung, sexuelle Erregung ohne Befriedigung, Excesse in venere, Masturbation, mechanisch wie chemisch stark reizende Injektionen, Instrumente, Katheter etc.

c) Reibung und mechanisches Hindernis beim Harnlassen. Hier kommen in Betracht kongenitale und erworbene Strikturen, zu enges Orificium (Phimosis), eng anliegende Kleider.

d) Quellen der Autoinfektion, wie Folliculitis, Fisteln.

Die Behandlung der chronischen Urethritis wird demnach an erster Stelle auf die Beseitigung etwaiger vorhandener Ursachen bedacht sein.

In hartnäckigen Fällen von chronischer Urethritis anterior mit Strikturen und Schwielenbildungen hat sich dem Verfasser die Urethrotomia interna sehr gut bewährt. Dieselbe wird jedoch erst dann auszuführen sein, wenn man sich überzeugt hat, dafs die anderen Mafsnahmen ohne Erfolg geblieben sind.

Ist der Sitz der chronischen Entzündung in der Pars membranacea und prostatica, so sind örtliche Applikationen, am besten Einspritzungen von Höllensteinlösungen, in die betreffenden Teile erforderlich. Die Einspritzung einzelner Tropfen stärkerer Lösungen in die hintere Harnröhre hat dem Verfasser nicht diejenigen Erfolge gebracht, wie sie von anderen Autoren berichtet werden. Vielleicht mag mangelnde Technik daran schuld sein. Dagegen hält Verfasser bei der chronischen, sowohl der vorderen als der hinteren Harnröhre kopiöse antiseptische Irrigationen von schwachen, allmählich stärker werdenden Lösungen für sehr wertvoll. Als Lösungen sind zu verwenden: 1. Kalium permanganicum, 2. Silbernitrat, 3. Sublimat.

Von letzteren hat Verfasser weniger Erfolge gesehen. Ersteres verwendet er in der Stärke von 1 : 15000—5000 und hat sehr gute Resultate erzielt.

III. Beitrag zur Pathologie der Acne varioliformis Hebra, von J. A. Fordyce. (Vortrag gehalten auf der 17. Jahresversammlung der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft am 5. September 1893.) Weder die pathologische Anatomie, noch die Ätiologie der Acne varioliformis sind bis jetzt eingehend untersucht worden. Es herrscht namentlich noch eine gewisse Verwirrung in der Frage des Zusammenhanges der Läsionen mit den Haarfollikeln oder mit dem Drüsenapparat. Die Autoren der Acne varioliformis bringen darüber entweder gar nichts, oder ihre Ansichten gehen so weit

auseinander, daſs man aus der vorhandenen Litteratur über dieses Thema die Frage nicht entscheiden kann.

F. hat Gelegenheit gehabt, im verflossenen Jahre zwei Fälle genau zu beobachten. Der eine Fall zeigte klinisch oberflächlich gelegene Papeln, papulöse Papeln, Läsionen bedeckt mit trockenen Krusten, pigmentierte und nicht pigmentierte Narben.

Die sorgfältige Untersuchung der Papeln in einem frühen Stadium ihrer Entwickelung zeigte, daſs sie oberflächlich in der Cutis gelegen sind, und nicht, wie bei der Hydradenitis, im subkutanen Bindegewebe. Die Mehrzahl der Läsionen sind von einem Haar durchbohrt. Bevor es zur Vereiterung oder Zerstörung der Epidermis kommt, sieht man eine dichte Rundzelleninfiltration um die Haarfollikel, gewöhnlich oberhalb der Talgdrüsen. In einigen Schnitten sind die Talgdrüsen von der Exsudation eingeschlossen, während sie in anderen ganz frei sind. Die Knäueldrüsen sind ganz normal und liegen auſserhalb der entzündlichen Zone. Schreitet der Prozeſs weiter, so dehnen sich die Infiltrationen sowohl lateralwärts, wie nach oben hin aus und verwickeln die papillären und subpapillären Partien mit in den Prozeſs. Die Zellen der äuſseren Wurzelscheide werden mit Exsudatzellen infiltriert, und schlieſslich werden alle Schichten des Follikels ergriffen und von der Entzündung zerstört. Die obere Hälfte des Haarfollikels kann bei intensivem Entzündungsprozesse vollständig vernichtet werden, während die untere Partie desselben und die Talgdrüsen nahezu normal erscheinen. Die Sekretionszellen der Talgdrüsen widerstehen länger der Krankheit, als das umgebende Bindegewebe. Bei Hydradenitis tritt schon frühzeitig die Neigung zur Degeneration auf.

Schnitte von einer jungen Papel zeigten zahllose Staphylokokken innerhalb der Lymphgefäſse und frei in den Geweben. Besonders zahlreich waren sie um die Mitte und die tieferen Schichten der Haarfollikel innerhalb der äuſseren und inneren Wurzelscheiden, in dem Bindegewebe um die Knäueldrüsen und im subkutanen Gewebe. Die Verteilung der Mikroorganismen läſst die Vermutung zu, daſs sie sich durch die Haarfollikel zu den Geweben Eingang verschaffen und, von den Blut- und Lymphgefäſsen aufgenommen, in der Cutis eine Entzündung hervorrufen.

Das häufige Vorkommen der Affektion bei niederen Leuten und ihre vorwiegende Lokalisation an der dem Drucke unsauberer Hüte ausgesetzten Stirn würde die Theorie einer lokalen Infektion stützen.

Zwischen der Acne varioliformis und der Hydradenitis bestehen zweifellos mannigfache klinische Ähnlichkeiten, nur das Eindringen der pathogenen Mikroorganismen bei der Acne varioliformis durch die Haarfollikel, bei der Hydradenitis durch die Schweiſsductus mag ihre histologischen Verschiedenheiten erklären.

Im allgemeinen ist die Acne varioliformis Hebra als eine Inflammatio pilosebacea wahrscheinlich parasitären Ursprunges anzusehen. Dieselbe führt zur Zerstörung des Haarfollikels und der anliegenden Gewebe. Bazins Bezeichnung der Krankheit mit „Acne pilaris“ war eine korrekte.

IV. Kasuistische Mitteilungen, von B. Merrill Ricketts-Cincinnati.

1. Rund- und Spindelzellensarkom. Die Patientin ist 53 Jahre alt. Dieselbe konsultierte im Jahre 1888 den Arzt wegen einer Geschwulst am Abdomen, etwa 6 Zoll rechts von der Medianlinie und 2 Zoll unterhalb des Nabels. Dieses Gewächs hatte viele Jahre als ein einfaches Papillom bestanden, ohne der Patientin besondere Beschwerden zu bereiten. Im Jahre 1888 bemerkte sie, daſs die Geschwulst sich entfärbte und daſs um dieselbe eine schwache Erhabenheit von derselben Farbe sichtbar wurde. Das Gewächs wurde durch die Ligatur entfernt, kehrte jedoch nach 3—4 Wochen zurück; gleichzeitig wurde der pigmentierte Kreis um die Geschwulst

allmählich erhabener und dunkler. Die Diagnose lautete nunmehr auf höchst malignes Sarkom. Die mikroskopische Untersuchung des operierten Tumors ergab ein klein-, rund- und spindelzelliges Sarkom. Etwa 60 Tage nach der Operation zeigten sich hier und da am ganzen Körper zerstreut kleine Knoten. Dieselben wuchsen mit der Zeit an Zahl und Gröfse, machten Metastasen in den Maxillardrüsen. Unter allgemeinem Marasmus ging die Patientin zu Grunde.

2. Syphilitisches Geschwür. Die Patientin ist 21 Jahre alt. Im Jahre 1888 bekam sie zuerst auf der Nasenspitze eine kleine Efflorescenz. Diese wuchs nach und nach, bis sie die ganze Oberlippe und die Nasenflügel bedeckte. Gleichzeitig begann das Gewächs zu ulcerieren und glich infolgedessen einem Epitheliom. Die antiluetische Kur führte zu einer Heilung des Geschwüres. Während der weiteren Behandlung bekam die Patientin Typhus und starb. Die Anamnese und die Untersuchung der Mutter stellte Syphilis bei der letzteren fest, so dafs der obige Fall als kongenitale Lues anzusehen ist. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1894. Heft 3.

I. **Beitrag zur Bakteriologie des weichen Schankers,** von L. Cheinisse-Montpellier. Der Arbeit liegen eigene Untersuchungen zu Grunde, die Ch. an einem Material von 31 Schankern und 5 Bubonen angestellt hat. Von den 31 Schankern waren 15 primär, 16 sekundär durch Weiterimpfung auf die Haut entstanden. Die Impfungen mit Schankergift, für die Ch. eine genaue Technik angiebt, sind bei richtiger Ausführung ganz ungefährlich. Bei den 31 Schankern hat Verfasser fast jedesmal den Ducrey'schen Bacillus gefunden; in zwei Fällen, wo dieser vermifst wurde, war auch der Schanker nicht übertragbar. Den Bacillus selber hält er für identisch mit dem von Unna gefundenen; eine Reinkultur desselben herzustellen, ist ihm aber bei aller Vorsicht nicht gelungen. Solange man durch Impfung mit einer Reinkultur noch keinen Schanker erzeugen kann, solange ist die Spezifität des Ducrey'schen Bacillus noch nicht sicher bewiesen; immerhin ist dieselbe als sehr wahrscheinlich zu betrachten. Die übrigen im Schankereiter sich findenden Keime sind auf die Entwickelung des Schankers und namentlich auch des Bubo wohl nicht ohne Einfluſs.

II. **Hereditäre Syphilis in der zweiten Generation,** von Georges Étiennes. Die Frau V. war mit 55 Jahren unzweifelhaft syphilitisch zu Grunde gegangen. Ihr Sohn, bei dem die sorgfältigste Untersuchung keine sonstigen Spuren dieser Krankheit nachzuweisen vermag, wird mit 34 Jahren plötzlich aphatisch. Die Aphasie heilt rasch nach einer Schmierkur. Seine Frau ist 15 Mal schwanger, darunter fünf Aborte. Von den lebend geborenen Kindern stirbt eines an verdächtigen Ulcerationen, eines kommt halbmaceriert zur Welt und leidet an einer völlig schmerzlosen Gaumen-Perforation; eines bleibt geistig zurück; fünf Kinder endlich leiden an Kopfschmerzen oder mehr oder weniger starken psychischen Symptomen, die sich nach Jodkalium allemal bessern. Bei Abwägung aller dieser Umstände hält Verfasser es für sehr wahrscheinlich, dafs in diesem Falle ererbte Syphilis in zweiter Generation vorliege.

III. **Gewerbliche Ekchymosen bei solchen, die sich im Springen üben,** von J. Brault. Durch einen Zufall ist Brault auf Ekchymosen aufmerksam geworden, die sich bei Gymnastikern und solchen Leuten, die das Springen sportweise betreiben, an der Plantarfläche der grofsen Zehen bilden. Diese Ekchymosen bilden einmal eine zusammenhängende blaurote Fläche, das andere Mal erscheinen sie nur als Sprenkelungen. Sie können auch auf die Rückenfläche der Zehen übergreifen und führen bisweilen, aber immer in schmerzloser Weise, einen Verlust der Nägel herbei. Sie bilden sich nur langsam und verschwinden auch bei Nachlafs der sie bedingenden

Übungen nur allmählich. Vielleicht lassen sie sich für eine etwaige Identificierung verwerten. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1894. Heft 3.

I. **Pleuritis syphilitica,** von L. Raynaud - Algier. Die Krankengeschichte, die einen Mann im sekundären Stadium der Syphilis betraf, wird mitgeteilt und die Unterschiede zwischen der gewöhnlichen und der syphilitischen Pleuritis nach den Erfahrungen anderer Autoren erörtert. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal ist wohl, dafs bei einer spezifischen Pleuritis der seröse Erguſs sehr schnell und sehr vollständig nach Quecksilber verschwindet.

II. **Ein Fall von „Vagabundenkrankheit“,** von L. Raynaud - Algier. Unter „Vagabundenkrankheit“ verstehen die Engländer einen Symptomenkomplex von allgemeiner Hinfälligkeit, Durchfall, Braunfärbung der Haut und der Schleimhäute, Prurigo infolge von Ungeziefer. Einen solchen Fall teilt Raynaud mit und knüpft daran differential-diagnostische Bemerkungen. Eine Verwechselung sei nur möglich mit der Addisonschen Bronzekrankheit; bei letzterer sitzt die Braunfärbung aber mehr an den unbedeckten Körperteilen, während sie sich bei der Vagabund's disease umgekehrt verhält.

III. **Ein Fall von rückfälligem Pemphigus der Lippen,** von Bayet. Bei einem Mädchen mit ausgesprochenen hysterischen Symptomen hat sich seit den letzten zwei Jahren ein eigentümlicher Ausschlag eingestellt. Am Rande der Lippen und der Schleimhaut bilden sich kleine Bläschen, die bald ineinanderwachsen; ihr Inhalt wird eiterig, trocknet ein, und nun läfst sich die ganze Kruste, die einen genauen Abguſs der Lippen darstellt, mit Leichtigkeit abheben; der darunterliegende Lippenrand erscheint dann fast völlig gesund. An der Mund- und Rachenschleimhaut haben sich niemals Blasen gezeigt.

Dieser Vorgang erneuert sich seit zwei Jahren mit einer seltenen Regelmäfsigkeit alle 8—10 Tage. Nur einmal, nach energischer Bearbeitung mit dem Thermokauter, erzielte Verfasser eine längere Pause. Die Lippen sind allmählich ganz nach aufsen umgestülpt.

Verfasser ist in einiger Verlegenheit, wo er diese Dermato - Neurose unterbringen soll.

IV. **Behandlung des Herpes und der Folliculitis vulvae,** von Lutaud. Der beginnende Herpes vulvae läfst sich zuweilen noch durch Anwendung folgender Lösungen unterdrücken:

I.	*Resorcin.*	2,0	II.	*Acid. carbol.*	0,25
	Cocain. muriat.	1,0		*Cocain. muriat.*	1,0
	Spirit. vin.	100,0		*Spirit. vin.*	100,0

Mit diesen Lösungen befeuchtete Kompressen werden auf die Vulva gelegt und mit Guttaperchapapier bedeckt. Der Verband wird 3—4 Mal täglich erneuert.

Meistens bekommt man den Herpes aber erst zu Gesicht, wenn er in voller Entwickelung ist; alsdann ist folgende Salbe zu verwenden:

Borac. porphyr.	1,0
Glycérolé d'Amidon	10,0
Tinct. Myrrh.	gtt. X.

Hinterher wird folgender Puder aufgetragen:

Bismut. subnitr.	4,0
Calomel	1,0

Zur Nachbehandlung, wenn die Krusten bereits abgefallen sind, empfiehlt sich folgender Puder:

Pulv. Lycopod.	10,0
Tannin.	
Bismut. subnitr.	ā 2,0

Bei der Folliculitis, die nicht auf einfachere Mittel weicht, sind Vollbäder, Sitzbäder mit Kleie, bezw. mit Stärke anzuwenden. Die Vulva wird morgens und abends mit heifsem Seifenwasser gereinigt und alsdann mit folgendem Pulver eingepudert:

Acid. tann. pulv.	2,0
Bismut. subnitr.	1,0
Amyl.	50,0

In hartnäckigen Fällen haben dem Verfasser Einpinselungen mit einer 5%igen Höllensteinlösung — einmal wöchentlich, danach Abspülung mit einer starken Salzlösung — gute Dienste geleistet. Bei Pustelbildung sind die einzelnen Pusteln zu eröffnen.

V. **Ein Zungengeschwür als Späterscheinung sekundärer Syphilis**, von Jullien. Der betreffende Patient hatte seine Syphilis vor sechs Jahren erworben. Seit zwei Jahren leidet er an Zungengeschwür, das ihm die lebhaftesten Schmerzen bereitet und das schon fünf Ärzte erfolglos behandelt haben. Auf der rechten Seite der Zunge befand sich eine glänzende Stelle von der Gröfse eines Frankstückes, während links von einer kaum merklichen Vertiefung einige Risse sternförmig ausstrahlten. Bei genauer Untersuchung des Patienten entdeckte J. an seiner rechten Fufssohle noch Spuren der ehemaligen Syphilis. Daraufhin erklärte er auch das Zungengeschwür für ein syphilitisches, und in der That verschwand es auch nach zwei Kalomeleinspritzungen.

VI. **Von dem Vorhandensein eines polymorphen Mikrobions bei der Syphilis**, von Golasz. G. hat in syphilitischer Vegetation und im Blut und in Pusteln syphiliskranker Menschen einen Bacillus gefunden, der sehr viele Ähnlichkeit mit dem Kochschen Bacillus aufwies, sich aber nicht, wie dieser, färben liefs. Aufserdem beobachtete er auch ovoide Zellen (Sporen) und zahlreiche, abgeteilte (articulé) Fäden. Diesen polymorphen Bacillus konnte er auch in Reinkultur darstellen, wenn er syphilitisches Blut auf einen nukleinhaltigen, flüssigen Nährboden verpflanzte. Im Blute frisch Syphilitischer fanden sich namentlich Stäbchen und Fäden, die nach eingetretener Behandlung aber an Zahl abnahmen, während jetzt mehr eiförmige Zellen und Zoogloea — die den Mikroorganismus in seinem latenten Zustand darstellen — auftraten.

VII. **Ein Fall von Lichen simplex acutus generalisatus**, von Méneau. Der Fall bietet nichts besonders Bemerkenswertes. Der 30jährige Patient, erblich nicht belastet und ohne interessante Anamnese, hat sein Leiden seit zwei Jahren. Der Ausschlag hat die oberen Extremitäten ausnahmsweise fast ganz verschont.

Türkheim-Hamburg.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1893. Fasc. IV.

Beitrag zum Studium des Oberhautepithelioms, von P. Tommasoli. In Anbetracht der Unklarheit, welche zur Zeit noch in der Frage über die Ätiologie des Carcinoms herrscht, welche irrtümlicherweise mit angeblich spezifischen Parasiten und der Psorospermose in Zusammenhang gebracht wurde, dürften die beiden vom Verfasser beschriebenen Fälle dazu beitragen, neues Licht in die Angelegenheit zu bringen. Den einen dieser Fälle bezeichnet T. als **Epithelioma verrucosum abortivum.** Er betrifft einen 42jährigen Mann, der im Gesichte mehrere Ulcera rodentia trug und schliefslich an Kachexie zu Grunde ging. In den letzten Lebensjahren des Patienten

waren aufserdem auf dem Dorsum der Hände und Finger andere Veränderungen aufgetreten, welche aber wegen ihres indolenten Charakters vom Patienten nicht beachtet wurden: auf einer weifslich glänzenden, ganz glatten Epidermis, welche hierdurch das Aussehen einer ausgedehnten, oberflächlichen und regelmäfsigen Narbe gewann, standen scharf umschriebene, hirse- bis hanfkorngrofse Knötchen von harter Konsistenz, die sich mit der Haut leicht abheben liefsen, von einer verhornten Epidermis überdeckt waren und meist im Zentrum einen schwarzen, vertieften Punkt führten. Daneben bestanden flachere, im übrigen ähnliche Erhabenheiten, welche zum gröfsten Teile mit mehr oder weniger grofsen Knötchen von schmutziggelber Hornsubstanz bedeckt waren, in Gestalt von Warzen. Die mikroskropische Untersuchung dieser Exkrescencen ergab:

a) Starke Hypertrophie der Hornschicht in allen Strata; einige Zellen führen homogene, glänzende, kernlose Körperchen; Zellkerne erhalten und gut färbbar; im Stratum granulosum viel Keratohyalin.

b) Im Stratum spinosum viele Mitosen, von denen einige besondere Verhältnisse aufweisen, in dem das Protoplasma in einen runden, homogenen, glänzenden, stellenweise mit Cilienresten versehenen Körper umgewandelt ist, dessen Zentrum wie ausgehöhlt erscheint und einen meist stark vergröfserten, Chromatophoren und Kernkörperchen führenden Kern enthält.

c) Im Derma fällt die grofse Menge von unregelmäfsig im Bindegewebe verteilten Mastzellen und eine kleinzellige Infiltration im Stratum papillare und subpapillare auf.

In einem zweiten, regressiven Stadium des Prozesses beobachtet man vollständiges Fehlen der Zellkerne im Stratum corneum, wo die Zellkontaren verwischt sind. Mitosen fehlen, dagegen sind die Mastzellen in der Cutis ebenso zahlreich vertreten, wie im ersten, progressiven Stadium. Im subepithelialen Stratum erblickt man homogene, glänzende, unregelmäfsig konturierte, in Herden gruppierte Körperchen. Die ganze Cutis ist verdünnt. Mittelst Orcein lassen sich die genannten Körperchen intensiv braun färben, während die elastischen Fasern verdünnt erscheinen. In Übereinstimmung mit Philippson betrachtet T. die homogenen Körperchen als hyaline Degeneration, welche sich an die hyaline Degeneration in der Epidermis anschliefst und als Druckwirkung aufzufassen ist. Er ist überzeugt, dafs die Affektion am Handrücken eine, wenn auch beträchtlich abgeschwächte, Reproduktion derjenigen im Gesichte (Ulcus rodens) darstellt und es sich um eine epitheliale Neubildung handelt, als welche ebenfalls zu betrachten sind: das Molluscum contagiosum, das Akrokeratom, eine Reihe oberflächlicher Hautaffektionen, wo sich das Epitheliom zwar im Embryonalzustand befindet, sich jedoch erst beim Eintritte günstiger Bedingungen entwickelt (Eccema epitheliomatoides, Epithelioma syphilioides Fournier, Naevi epitheliales etc.), die oberflächlichen, langsam verlaufenden Epitheliome (Pagetsche Krankheit), die oberflächlichen, aber rasch verlaufenden Epitheliome (Xeroderma pigmentosum) und die tiefen oder malignen Epitheliome.

Der zweite Fall wird vom Verfasser als **Epithelimatosis eccematoides penis** bezeichnet und stellt einen typischen Fall von Pagetscher Krankheit bei einem 66jährigen Manne dar. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Hygiene.

Die Prostitution in Rufsland, von Fiaux. (*Progrès méd.* 1893. No. 9. 11. 12.) Verfasser teilt das Resultat der Untersuchungen des Zentralkomitees für Reichsstatistik über den Stand der Prostitution in Rufsland mit. Die sehr einläfsliche, sich über alle Verhältnisse der Prostitution verbreitende Statistik ergiebt unter anderen den wichtigen Befund, dafs die in Häusern untergebrachten und unter Kontrolle stehenden Weiber einen viel höheren Procentsatz venerischer Affektionen lieferte, als die sog. „filles en cartes", die sich freiwillig zur Untersuchung und Einschreibung stellen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Prostitution in Italien. (*Rif. med.* 1894. No. 35.) In der *Gaz. hebdom.* (1894. No. 3 und 4) tritt Pellizzari gegen eine von Tarnowsky publicierte und „Eine abortierte Reform" betitelte Schrift auf, welche sich gegen das Crispische Reglement (von 1888) richtet. Auf den Haupteinwurf T.'s, dafs seit Inkrafttreten derselben eine Zunahme der venerischen Krankheiten wahrgenommen werden konnte, erwiedert P., dafs diese Zunahme zum Teil eine blofs scheinbare, zum Teil da, wo sie wirklich vorhanden, eine Folge verschiedener Umstände sei, wie z. B. von einer unzureichenden Exekution der gesetzlichen Vorschriften, von dem Umstande, dafs die Aufnahme der Statistik event. in die Zeit eines periodischen verschärften Auftretens der Syphilis gefallen sei etc. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

In einer **„Eine verfehlte Reform, betreffend den Bericht Prof. Tarnowskys über die Prostitution in Italien"** betitelten Replik richtet sich C. Pellizzari gegen die Ausführungen Tarnowskys in der *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* Dezember 1892. Darin werden der Hauptsache nach die Argumente wiederholt, welche der Verfasser an anderer Stelle bereits gebracht hat (s. Referat in *dieser Zeitschrift* Bd. 14, pag 244), und Prof. Tarnowsky der Vorwurf gemacht, dafs er sich beim Einsammeln seines Materials ausschliefslich an Gegner des Reglements Crispi gewendet (wodurch selbstverständlich der Bericht eine absolute einseitige Färbung erhalten mufste) und sich überhaupt allzu sehr durch eigene Vorurteile habe leiten lassen. P. ist überzeugt, dafs das Gesetz vom besten Erfolge gekrönt würde, wenn es nur richtig ausgeführt wird (d. h. im Sinne der beratenden Kommission.) (*Comment. clin. d. mal. cut. e gen.-ur.* 1894. No. 2 u. 3.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Prostitutionsfrage äufsert sich Prof. Puschmann in der *Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 21. Der österreichische Frauenverein verlangt in einer an den Reichsrat gerichteten Petition:

1. Die Einführung von Bordellen soll verhindert, die bestehenden aufgehoben werden.

2. Die sanitätspolizeiliche Kontrolle der Prostitution soll aufgehoben werden.

3. Die Thätigkeit der Polizei soll sich darauf beschränken, die Ausschreitungen und öffentlichen Skandale, die mit der Prostitution verbunden sind, zu unterdrücken.

Zur Begründung wird angeführt, dafs durch die Bordelle der Mädchenhandel hervorgerufen und gefördert wird, die in den Bordellen wohnenden Puellae publicae mehr in Anspruch genommen werden, als diejenigen, welche das Gewerbe frei be-

treiben, daher häufiger erkranken und mehr zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beitragen.

Der Verfasser wendet sich gegen diese Gründe, indem er darauf hinweist, dafs nicht sowohl das System der Kasernierung, als dessen mangelhafte Durchführung und Beaufsichtigung die Schuld tragen. Sodann beleuchtet er scharf die verfehlte Forderung, die sanitätspolizeiliche Kontrolle aufzuheben. Dem Staate liegt die Pflicht ob, die Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhüten und vor allem die schuldlos durch die geschlechtlichen Leiden Bedrohten zu schützen. Die Prostitution ist nicht aus der Welt zu schaffen, da die geschlechtliche Enthaltsamkeit aufserhalb der Ehe nicht durchzuführen ist. Wenn die österreichischen Frauenvereine an Stelle der Prostitution das Konkubinat empfehlen, so stehen dem gewichtige Bedenken entgegen. Die finanziellen Schwierigkeiten sind dieselben, wie bei der Ehe; in Arbeiterkreisen würde das Konkubinat nur eine Entlastung von den für die Hochzeit nötigen Ausgaben bedeuten. Die Zahl der unehelichen Geburten mit allen ihren bösen Folgen würde zunehmen, die Unzucht in die Familie getragen werden, viele soziale Mifsstände würden daraus erwachsen. Die Prostitution ist deshalb die relativ am wenigsten schädliche Form aufserehelichen Geschlechtsverkehres, jedoch bedarf sie strenger Baufsichtigung.

Den Übelständen, die durch die finanzielle Ausbeutung der Bordellinsassen entstehen, ist am leichtesten abzuhelfen, wenn der Staat die Verwaltung und Leitung der Bordelle übernimmt, ebenso wie er Zuchthäuser und Gefängnisse verwaltet. Die freie Prostitution mufs mit allen Mitteln unterdrückt werden; wer gewerbsmäfsig Unzucht treibt, gehört ins Bordell. Aufzuheben sind die Lokale, welche unter dem Deckmantel von Cafés etc. die Prostitution vermitteln.

Zum Schlufs betont der Verfasser die grofse Bedeutung, welche der ethischen Erziehung der Jugend, wie der Bekämpfung aller die Sittlichkeit schädigenden Momente des öffentlichen Lebens für die Einschränkung der Prostitution zukommt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Hülfsstation für geschlechtskranke Weiber im Arbeitshaushospitale zu Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 2.) Wegen Überfüllung der Syphilis-Abteilung in der Charité hat der Magistrat eine jetzt im Arbeitshaushospitale untergebrachte Station für luetische Weiber eingerichtet, die 150 Kranke aufnehmen soll, zeitweise aber bis 194 enthielt. Dieselben setzten sich aus zwei Kategorieen zusammen: aus den unter Sittenpolizei stehenden und den anderweitig durch Armenverwaltung, Dienstherrschaft etc. überwiesenen. Zur ersten gehörten 92,2%, zur letzten 7,8% der 1165 aufgenommenen Frauen. Die Kosten hat vom 1. April 1893 an die Ortspolizei zu tragen. Arzt der Hülfsstation ist Dr. Behrend. Die Kranken wurden einer täglichen Lokalbesichtigung der Genitalien unterworfen; eine Totalbesichtigung fand ein- bis zweimal wöchentlich statt. Zur Anwendung kam stets die Inunktionskur, 20—30 Inunktionen à 3 g; daneben konsequente Lokalbehandlung; bei Spätformen wurde Jodkalium vorausgeschickt, bei Frühformen liefs man dasselbe manchmal folgen. Die Geschwüre wurden mit in medikamentöse Flüssigkeiten getauchten Wattebäuschen viermal täglich belegt; Atzungen mit Argentum nitricum wurden selten, Paquelinisierung häufiger vorgenommen. Bei Ausflüssen kamen Ausspülungen, dreimal täglich, zur Anwendung; aufserdem einmal täglich Applikation von Medikamenten auf die hinteren Abschnitte der Scheide und den Cervix durch den Arzt. Von 1264 wurden 1063 geheilt entlassen; drei kamen wegen unheilbaren Leidens, 18 auf Wunsch zur Entlassung; 20 wurden in andere Krankenhäuser übergeführt.

Häufigkeit der Erkrankungsformen:

A) Lokalerkrankungen: 1. Tripper 731, 2. weiche Schanker 360, 3. Einrisse,

Geschwüre etc. am Mastdarm 54, 4. Kratz- und Bifswunden an den Genitalien 18; Ekzeme derselben 24, 5. Condylomata acuminata 89, 6. Mollusca contagiosa 5, 7. Bubonen 46, 8. Hautleiden: a) Scabies 47, b) Ekzemata e pediculis 4, c) Psoriasis vulgaris 3, d) Herpes tonsurans 7, e) Favus 2.

B) Konstitutionelle Syphilis: 1. Frühformen (Sklerosen, Ausschläge, breite Feigwarzen): a) an Genitalien, Haut, Schleimhaut 544, b) an Sinnesorganen (Auge) 4, 2. Spätformen: a) an Haut 9, b) an Schleimhäuten 20, c) Knochen und Gelenken 2.

Als besondere Komplikationen sind zu erwähnen: 8 Tripperrheumatismus, 9 Parametritis, 65 merkurielle Stomatitis, 45 Magen- und Darmerkrankung nach Quecksilbergebrauch.

Operationen wurden vorgenommen: Entfernung von spitzen Kondylomen 10, Eröffnung von Bubonen 32, Paquelinisierung von Geschwüren 5, Spaltung von Abscessen der Bartholinischen Drüsen 3. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Angioneurosen.

Über trophische Störungen der Fingerspitzen, von Catrin. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 6.) Bei einem 19jährigen Manne fehlten am rechten Zeige- und Mittelfinger die Endphalangen, ferner die End- und ein Teil der mittleren Phalange des linken Zeigefingers. Diese Finger sahen aus wie schlecht vernarbte Amputationsstümpfe und zeigen gewisse Ähnlichkeit mit der Morvanschen Krankheit. Die übrigen Finger wiesen ebenfalls trophische Störungen auf in Form von Brüchigkeit der Nagelsubstanz und retro-ungualer Onyxis. Die Affektion soll sich bald nach der Geburt gezeigt haben und innerhalb drei Monaten abgelaufen sein. Zur Zeit läfst sich keine Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems nachweisen; auch dürfte eine solche im latenten Zustande vorhanden sein.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Behandlung der erfrorenen Nase, von Hugo Helbing. (*Therap. Monatsh.* 1894. Jahrg. VIII. Heft I.) Verfasser empfiehlt die Behandlung der geröteten Partien mit dem konstanten Strom. Es handelt sich darum, den Tonus der Gefäfse wieder in normaler Weise herzustellen. Die beiden Pole werden am besten an den Seitenflächen der Nase angelegt und mit einem mäfsig starken Strom langsam streichend hin und her bewegt, um sämtliche Teile der Haut gut zu berühren. Die nächste Folge ist eine starke, heftige Rötung der betroffenen Hautpartie, jedoch nach einigen Tagen der Behandlung läfst die Röte wesentlich nach; ebenso hört das lästige Brennen und Jucken beim Übergang von Kälte in Wärme auf. Es gehören mindestens 10—15 Sitzungen dazu; in einem Falle waren sogar 30 nötig. In 21 Fällen hat er mit gutem Erfolge diese Behandlung angewandt, bei manchen dauerte es etwas längere Zeit, aber der Erfolg blieb nicht aus. *L. Hoffmann-Berlin.*

Hautödem durch Nerveneinfluſs, von Rendu. (*Sem. méd.* 1893. No. 41.) Ein Mann, der an ausführlich beschriebenen, aber doch ziemlich unklaren Erscheinungen seitens Lunge und Brustfell litt, lange fieberte und schliesslich nach Entleerung eines pleuritischen Exudates genas, zeigte während des Krankheitsverlaufes plötzlich ein Ödem, welches von der Brustwand ausgehend sich über den ganzen Stamm, die Schenkel und die Beine ausbreitete. Dafselbe bestand sehr lange, um endlich langsam zu schwinden. Verfasser führt das Ödem auf Reflexparalyse der vasomotorischen Nerven zurück. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage der „eiweifsfreien" Ödeme, berichtet W. P. Grawirowski nach einem Vortrage von W. W. Tschirkow auf dem IV. russischen Ärztekongrefs. Man

versteht unter eiweifsfreien Ödemen solche ohne Albuminurie. In vier Fällen hat Tschirkow, als alles versagte, das Jodkalium glänzende Resultate gegeben; besonders ist ein Fall, in dem weder Syphilis noch Alkoholismus bestand, sehr lehrreich. Es ist nun die Frage, ob solche „eiweifsfreie" Ödeme durch Lues bewirkt werden können, und wenn das der Fall ist, auf welchem Wege das geschieht. Verfasser führt nun einen Fall an, der über diese Fragen Aufschlufs geben soll. Ein wegen Diarrhoe aufgenommener Patient zeigt Ödem am linken Fufs, das trotz der Medikationen zunahm, keine Albuminurie. Da sämtliche Drüsen intumesciert waren, auch leukodermaähnliche Stellen bestanden, wurde Jodkalium gegeben und erzielte vollen Erfolg. Daraus schliefst Verfasser, dafs Lues derartige Ödeme ohne Albuminurie bewirken kann, und dafs dieses durch Affektion des Lymphgefäfssystems geschieht. Hutchinson (*The Lancet.* 1876) hat zwei ähnliche Fälle gesehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die arthritischen Ödeme, von H. Huchard. (*Rev. génér. de clin. et de thérap.* 20. Dezember 1893.) Verfasser unterscheidet verschiedene Arten arthritischer Ödeme:

1. Pseudo-phlegmonöses Ödem (Oedema phlegmasiacum) von Kirmisson beschrieben. Die Haut ist gerötet, gespannt, weifs, glänzend; es besteht eine gewisse Resistenz auf Druck, aber keine Fluktuation. Es kann Fieber (38—39°) vorhanden sein, der Prozefs verläuft aber günstig ohne Incisionen. Dieses Ödem befällt meist die Extremitäten, kann aber auch an anderen Stellen auftreten. Dr. Vergely (Bordeaux) berichtete folgenden Fall: Ein 19jähriger, mit Arthritismus hereditär behafter Mann bekommt leichten Schmerz an der linken Halsseite; fünf Tage später konstatiert man da eine gänseeigrofse teigige, nicht scharf umschriebene, auf Druck empfindliche Anschwellung, die in den folgenden Tagen zu einer diffusen wird, die Regio subclavicularis sinistra und den vorderen Teil des Halses ergreift. Später schrumpft der Tumor, scheint zu fluktuieren, verschwindet dann aber spontan.

2. Hydrops des subkutanen Zellgewebes ohne Rötung und Entzündung. Dieses Ödem schmerzt nicht, erscheint plötzlich an Gesicht oder Extremitäten, wie Herz- oder Nervenödeme.

3. Die rheumatische Phlebitis, eine seltene Erscheinung des Rheumatismus.

4. Pseudo-Lipom in der Regio supraclavicularis, von Potain und Verneuil geschildert. Der Tumor erscheint plötzlich, ist von unbestimmter Dauer und recidiviert häufig.

5. Oedema gelatiniforme s. retro-malleolare. Beschaffenheit und Sitz sagt der Name. Es kann ein- oder beiderseitig vorhanden sein; Fingerdruck bleibt bestehen. Diese Varietät kommt bei Rheumatikern, die zugleich Herzkranke sind, vor, hat aber mit dem Herzleiden nichts zu thun und wird durch Digitalis nicht beeinflufst.

6. Subkutane rheumatische Knoten, zuerst von Frorier und Jacquard genau beschrieben. Es ist eine sehr merkwürdige Form von Ödem.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Jodödem spricht v. Zeissl im Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium. Sitzung vom 22. Januar 1894. (*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 4.) Der Vortragende sah nach Injektion einiger Jodpräparate, besonders des Jod-Jodnatriums, in die Vena jugularis des Hundes starkes Lungenödem auftreten, stärker als nach Muskarin. Jodkalium und Jodlithium zeigten diese Erscheinung nicht. Ähnliches hat man bei Menschen gesehen. Auch nach Anwendung grofser Jodoformmengen traten Erscheinungen von Jodintoxikation und dann Tod durch Lungenödem ein. Professor v. Basch, in dessen Laboratorium die Versuche gemacht sind, bemerkt, dafs alle Eingriffe, die Blutströmung in die Lunge durch Beeinflussung der Herzthätigkeit behindern, Lungenschwellung, Lungenstarrheit bewirken, die noch mehr als die Trans-

sudation Dyspnoe hervorrufen. Bei der Jodapplikation ist die Transsudation aufserdem eine ganz kolossale. Sollte es sich nun herausstellen, dafs eine Veränderung der Gefäfse letztere bedinge, dann hätten wir einen Anhaltepunkt für die Erklärung der Wirksamkeit des Jods bei Arteriosklerose und Syphilis, die ja vorwiegend eine Gefäfserkrankung ist. (Sehr interessant sind die Versuche auch für die Erklärung der günstigen Wirkung des Jods als Expectorans bei Bronchialkatarrhen. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Buongiovanni beobachtete bei einem 39jährigen kräftigen Patienten mit allgemeinem **akuten muskulo-artikulären Rheumatismus ein Erythema exsudativum multiforme** auf Stirn und Wangen, welches später auch den Rumpf, die Kniegegenden, Dorsalseite der Hände und Füfse befiel, symmetrisch verteilt und in Form hochroter, zum Teil in Papeln erhobener Flecke aufgetreten war. Beim Abnehmen dieser Eruption trat eine Lähmung im Gebiete des linken Facialis auf, welche nach ca. 14 Tagen in Heilung überging. (*Rif. med.* 1894. No. 22.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Autointoxikations-Erytheme von E. Freund. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 3.) Im Anschlufs an die Ausführungen Singers wird über Versuche von Mraček berichtet. Derselbe untersuchte die Exkrete bei Fällen von mit Allgemeinerscheinungen einhergehendem Erythema multiforme und fand excessive Mengen von Indol und Skatol, sowie Phenole, Ätherschwefelsäuren und Diamine. Letztere sind sicher Produkte bakterieller Zersetzung, weshalb die Annahme pathologischer Vorgänge im Darme begründet ist. Die Desinfektion des Darmes mit Kalomel hatte überraschend schnelle und gute Erfolge. Was das Menthol betrifft, so hat Freund seit lange vom Pfefferminzöl die beste Wirkung auf die Desinfektion des Darmes gesehen. Durch mehrtägigen Gebrauch kann man sowohl das Indikan zum Verschwinden bringen, als die Faeces geruchlos machen. Ausführlichere Mitteilungen sollen folgen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Pellagra in Rufsland, von H. v. Rosen. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1894. No. 3.) Die Pellagra kommt nur in Gegenden vor, wo Mais gebaut wird, und ist die Folge eines durch Gärung im Maismehl entstehenden Stoffes, wenn auch noch von manchen diese Ätiologie angezweifelt wird. Man findet die Pellagra, deren Verbreitung Verfasser schildert, auch in Bessarabien; vereinzelte Fälle im Chersonschen Gouvernement und in Podolien sind wohl auch dieses Ursprungs. In der Krim, im Donschen Kosakengebiet, im Kaukasus kommt die Pellagra trotz bedeutenden Maisbaues nicht vor. Der Bezirk Bessarabiens, in dem die Pellagra endemisch ist, deckt sich wohl mit dem Verbreitungsgebiet der rumänischen Nationalität, was durch die Lebensweise erklärlich ist Unter 44 Fällen war nur ein Kleinrusse, trotzdem die Kleinrussen ebenso wie die Zigeuner in weit ungünstigeren hygienischen Verhältnissen leben; sie geniefsen aber wenig Mais. Die schlechte Maisernte 1892 bewirkte eine starke Zunahme der Pellagra. Von den 44 Fällen waren 17 Männer, 24 Frauen, 3 Kinder; die Angabe Kluczenkos, dafs fast ausschliefslich Männer erkranken, weil die chemische Noxe im Schnapse leicht extrahierbar ist, findet demnach keine Stütze.

Verfasser schildert nun die bekannten Hauterscheinungen, hebt hervor, dafs die meisten Patienten über Schmerzhaftigkeit der Zunge und Mundschleimhaut klagen, die Lippen häufig mit Schrunden und Borken bedeckt sind. Letztere Erscheinungen berechtigen aber nicht zu der französischen Bezeichnung „stomatite pellagreuse", da sie nicht spezifisch sind. Die Durchfälle sind häufig blutig. Ob die grofse Zahl der vom Verfasser beobachteten blutigen Diarrhoen ohne Hauterscheinungen auch auf pellagröser Infektion beruhen, läfst er dahingestellt. Dr. Tausig in Jassy hat bei Pellagrösen häufig Leberabscesse beobachtet, jedoch ist es zweifelhaft, ob diese nicht

durch Malaria bedingt sind. Im zweiten bis dritten Jahre treten Erscheinungen von Hirnanämie Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindel, rauschartige Betäubung, dann Körperschwäche, Paresen (Paralysie pellagreuse), zuweilen epileptiforme Krämpfe ein. Die Alteration der Psyche beginnt mit Gedächtnisschwäche, dann treten melancholische Depressionszustände mit Neigung zum Selbstmord, schliefslich „folie pellagreuse" ein, die unter dem Bilde der Dementia paralytica verläuft, wenn der Kranke nicht schon vorher kachektisch zu Grunde geht. Das Krankheitsbewufstsein bleibt relativ lange erhalten.

Die anatomischen Kenntnisse sind sehr gering; Brierre de Boismont fand schon 1884 Erweichung der weifsen Rückenmarksubstanz.

Die Diagnose ist leicht; die Erscheinungen seitens der Mundhöhle sind wichtig für dieselbe. Ein zufällig mit Diarrhoe verbundenes Erythema solare könnte zu Irrtümern Veranlassung geben.

Die Prognose ist eine traurige; Tod tritt nach 5—10 Jahren ein.

Die Therapie mufs vor allem eine diätetische sein; hauptsächlich Fleisch- und Milchdiät. Aufserdem werden Salzsäuren, Tinctura chinae composita, äufserlich Karbolsalbe, Borvaselin verordnet. Eisen und Arsen sind empfohlen, Salol ist ohne Erfolg versucht.

Erfolge sind bei der tief eingewurzelten Ernährung mit Maisbrei, der Armut der Erkrankten schwer zu erzielen, zumal während der griechisch-katholischen Fasten der Milchgenufs verboten ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Brom- und Jodexantheme, von H. R. Crocker-London. (*Brit. med. Journ.* 2. Dezember 1893.) Die Ausschläge, welche durch die beiden Medikamente hervorgerufen werden können, sind meistens erythematös, quaddelartig, vesikulös, bullös oder pustulös; weniger häufig treten Purpura, Gangrän, Pigmentationen auf. Von diesen Arten sind wiederum die erythemartigen Ausschläge nach Brom und Jod die weitaus häufigsten, und zwar sind sie dann meist scharlach- oder masernartig oder bilden eine einfache Röte, diffus oder fleckenartig über den ganzen Köper verbreitet. Die Art und Weise, in welcher die Ausschläge zu stande kommen, ist bis heute noch nicht zweifellos klargestellt. Wahrscheinlich wirken die Medikamente entweder direkt auf das vasomotorische Centrum oder indirekt durch Reflexreizung von der Gastro-intestinal-Schleimhaut aus. Die Exantheme sind dann als vasomotorische Neurosen aufzufassen. Brom und Jod wirken aller Wahrscheinlichkeit nach direkt auf die Gefäfswände ein.

Von den Bromausschlägen sind diejenigen mit isolierten Pusteln (als Bromakne) sehr häufig. Ungewöhnlich, aber von besonderer Bedeutung ist die konfluierende Form. Verfasser illustriert diese letztere mit der Beschreibung einiger Krankheitsfälle.

Bei den Jodexanthemen verdient die bullöse Form besondere Beachtung. Verfasser beschreibt einen Fall, bespricht die Differentialdiagnose und die Behandlung. Die veranlassende Ursache mufs an erster Stelle beseitigt werden. Man hört mit Brom-, resp. Jodgaben auf und verordnet Diuretica. Innerlich kann Liquor arsenicosi, äufserlich, wenn nötig, einfache Antiseptica, z. B. Borsalbe, verordnet werden. Leuten mit chronischer Nieren- oder Herzaffektion gebe man keine Jodpräparate. Bei Epileptikern, die Brom durch längere Zeit nehmen sollen, ist es gut, jede Woche 1—2 Tage zu pausieren. Arsenik kann auch prophylaktisch zusammen mit Brompräparaten gegeben werden. Doch darf dies nicht zu lange Zeit hintereinander geschehen, weil Arsenikpigmentation und Keratosis in hohem Grade die Folge sein können. *C. Berliner-Aachen.*

Grofse Ekchymosen im Gesichte und am Thorax **nach Quetschung** in einem Gedränge, von Variot. (*Journ. de clin. et de thérap. infant.* 1894. No. 1.) Ein 15jähriger

Knabe wurde bei einem grofsen Gedränge zu Fall gebracht, zwei oder drei Personen lagen auf ihm, wobei er nicht mehr atmen konnte und bewufstlos ward. Man brachte ihn in ein Haus; daselbst erbrach er, nachdem er bereits Stuhl und Urin hatte abgehen lassen, doch konnte er nach Hause gelangen. Am anderen Tage stellte er sich im Hospitale vor wegen Brust- und Gliederschmerzen, und „weil er Blut im Auge hätte". Es zeigte sich die ganze Gesichtshaut geschwollen und cyanotisch; auf Druck verschwand die blaue Färbung nur unvollständig. Infolge des Blutaustrittes waren besonders die Konjunktiven am unteren Lide und am Augapfel aufgedunsen. Rings um den Hals zog sich eine weifse Furche durch die blaue Haut, als wenn ein Schnürband fest angezogen war. Sie korrespondierte mit dem Rande des Hemdkragens, der die Haut bei dem Falle zusammengedrückt hatte. Im Gesichte, in der Gegend des Brustbeines und auf der linken Brust bis zur Mitte des Thorax zeigten sich mehrere Ekchymosen. Am Rücken sah man kleine Petechien bis zum Schulterblatt, an den Ober- und Vorderarmen nur einige Sugillationen. Die funktionellen Störungen waren unbedeutend, besonders hinderte das subkonjunktivale Blut nicht am Sehen. Die Auskultation ergab keine Störung. Die Störungen glichen in ihrem Mechanismus dem bei Strangulation wirkenden. Die auf den Knaben fallenden Menschen hatten den Thorax so gedrückt, dafs die Atmung gehemmt, also eine Art Erstickung eingetreten war. Das Blut konnte zum Herzen nicht zurückfliefsen; Stenose in den Gefäfsen des Thorax und Kopfes stellte sich ein, im weiteren Gefolge Austritt von Blut unter die Haut und Bindehaut. Ähnliche Ekchymosen beobachtet man nach heftigen Keuchhustenanfällen infolge der Respirationshemmung.

Neuhaus-München.

Antony teilt einen Fall von **Purpura haemorrhagica** mit, die sich bei einem 22jährigen Manne nach einer Bronchitis einstellte und nach acht Tagen recidivierte. Das Exanthem war ohne alle Symmetrie über den ganzen Körper verbreitet und verlief ohne Fieber. Aus den Flecken wurde der Staphylococcus albus, zum Teil kombiniert mit dem Staphylococcus aureus, kultiviert. (Nach *Presse méd.* 1894. No. 6.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Purpura und Streptokokkenerythem, von Widal und Thérèse. (*Progrès méd.* 1894. No. 7.) Ein 38jähriger Tuberkulöser erkrankte mit heftigen Schmerzen in den Gliedern, worauf ein Purpuraerythem mit Nasenbluten und Hämaturie folgte. Aufserdem bestand eine Mitralaffektion rheumatischer Natur und chronische Nephritis. Temperatursteigerung, Tod. Bei der Sektion fand man in den Kapillaren Streptokokkenkolonien, wie sie bereits intra vitam im Blute nachgewiesen worden waren. Offenbar diente hier die erkrankte Lunge als Eintrittspforte des Giftes, welches demnach aufser Eiterungen auch Hämorrhagien hervorbringen kann. Die meisten vulgären Mikrobien können unter gewissen Umständen Purpura erzeugen. Die von den Mikroorganismen gebildeten Toxine bringen die Vasodilatationen in einen Zustand der Überreizung, der zur Hämorrhagie führt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Lebreton berichtet über einen Fall von **infektiösem Purpuraexanthem** bei einem 18jährigen Mädchen, das sich 60 Stunden nach einer heftigen Gemütsbewegung, begleitet von Cephalalgie, Rhachialgie, Fieber und wiederholtem Nasenbluten einstellte. An den Extremitäten waren die Flecken konfluierend, am übrigen Leibe traten sie isoliert auf. Nach sehr schweren Allgemeinerscheinungen trat Besserung ein. Kulturversuche aus dem Blute (auf Agar) lieferten zahlreiche Kolonien des Staphylococcus albus. (*Progrès méd.* 1894. No. 5.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Purpura myelopathica infektiösen Ursprunges. (*La Méd. mod.* 1893. No. 89; *Rif. med.* 1893. No. 272.) Bei einem Patienten stellten sich während der Resorption

eines sero-fibrinösen Pleuraexsudates unbekannter Natur plötzlich höchst intensive Schmerzen im Nacken ein, denen Schmerzen, Ameisenkriechen und fibrilläre Zuckungen in den oberen Extremitäten folgten. Hierauf trat nacheinander auf Rumpf, Umgebung des Mundes, oberen und unteren Extremitäten ein symmetrisch verteiltes Purpuraexanthem auf. Gleichzeitig bestanden Verdauungsstörungen, Arthralgien und gangränöse Stomatitis. Temperaturerhöhung wurde nicht beobachtet. Heilung.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Traumatische Entzündungen.

Die antiseptische Behandlung der Verbrennungen, von Frau Nageotte-Wilbouchewitch. (Dissertation, Paris 1893.) Verfasserin stellt folgende Schlufssätze auf:

1. Frische Verbrennungen, oberflächliche, wie tiefe, können unter streng antiseptischer Behandlung heilen, ohne dafs es zur Eiterung kommt.

2. Kommt es bei einer Verbrennung zur Eiterung, so läfst sich die Wunde leicht desinficieren, und der Verlauf bleibt derselbe, wie wenn die Infektion nicht stattgefunden hätte. Bestand die Eiterung aber schon längere Zeit, und beginnt die Wunde zu granulieren, so vermag der antiseptische Verband die Eiterung nicht mehr hintanzuhalten.

3. Zur Desinfektion ausgedehnter Brandwunden ist oft allgemeine Anästhesie notwendig, und wird hierbei das Chloroform gut vertragen.

4. Bei den nicht eiternden Brandwunden kommt es auf die Wahl des Topicum nicht wesentlich an. Fortgesetzter Gebrauch antiseptischer Mittel verhindert die Neubildung der Epidermis und eine frühzeitige Vernarbung granulierender und geschwüriger Wunden.

5. Die Antisepsis bildet das beste Analgeticum.

6. Bei antiseptischer Behandlung heilen Brandwunden rasch: innerhalb acht Tagen solche vom zweiten, in zwei bis drei Wochen solche vom dritten Grade.

7. Verbrennungen des zweiten und dritten Grades heilen, ohne Spuren zu hinterlassen; solche des vierten Grades führen zur Bildung einer sichtbaren, jedoch nicht retraktilen Narbe; diese wird um so glatter, je weniger die Wunde geeitert hat.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Wirksamkeit der **Digitalis in der Behandlung von Erfrierungen,** von Pilatt. (*Sem. méd.* 1893. No. 72.) Die letzten Ursachen der Erfrierungen sind Cirkulationsstörungen, diese bedingt durch eine Schwäche der Herzkontraktionen. Bei der Behandlung der Erfrierungen soll deshalb neben der Allgemeinbehandlung besonders das Verhalten der Cirkulation berücksichtigt werden. Vor allem empfehlen sich trockene Abreibungen der erstarrten Glieder; hieran schliefse sich eine kurze kalte Übergiefsung. Bei organischer oder funktioneller Insufficienz des Herzens ist möglichst früh Digitalis zu verordnen. Man gebe wöchentlich an je zwei Tagen ein Infus. fol. Digital. 0,5 : 180, aufserdem ist Koffein und Kolanufs von vorzüglicher Wirkung. Besonders deutlich sind die Wirkungen der Digitalis in den Fällen, in denen das Mittel nicht erst durch den Zustand des Herzmuskels selbst indiciert ist. Das Präparat wird daher auch örtlich appliciert, indessen ist hier notwendig, grofse Dosen zu verabreichen. Zugleich achte man darauf, dafs die erkrankten Glieder möglichst sauber und stets trocken gehalten werden. Hierbei empfehlen sich häufige Abreibungen mit Kölnischem Wasser oder Kampferspiritus. Um Geschwürsbildung zu verhüten, verbinde man mit der lokalen Behandlung eine antiseptische. Hierbei empfiehlt Verfasser:

℞ *Tincturae Digitalis* 6,0
Thymoli 3,0
Spiritus rectif.
Glycerini ää 150,0

Stellen sich Beschwerden ein, werde oberflächlich alle drei bis vier Tage mit Jodtinktur gepinselt. Zu verwerfen sind sämtliche Fette, selbst Vaselin. Handschuhe und warme Strümpfe sind eher schädlich als nützlich. *Neuhaus-München.*

Jodoform-Dermatitis, von O'Hagan-Garston. Der 40jährige Patient, den Verfasser in Behandlung hatte, litt an zwei Unterschenkelgeschwüren infolge von Varicen am rechten Beine. Es wurde Jodoformsalbe (10 : 100 Adip. benzoat.) auf Lint gestrichen, aufzulegen verordnet. Am nächsten Tage war die Haut um die Geschwüre entzündet. Am darauffolgenden Tage war die ganze Oberfläche vom Knie bis zu den Knöcheln von einem Bläschenausschlage bedeckt. Nachdem die Jodoformsalbe durch eine Bleisalbe ersetzt worden war, trat sofortige Besserung ein. Der Gebrauch einer Binde, die früher bei der Applikation der Jodoformsalbe die Lintläppchen befestigte, führte zu einem erneuten Ausbruche der Jodoform-Dermatitis nicht nur an dem variKösen Beine, sondern auch an dem anderen.

Die Beseitigung der Binde genügte, um Besserung und schliefsliche Heilung herbeizuführen. *C. Berliner-Aachen.*

„Diabetide" an den Genitalien, von Fournier. (*L'union méd.* 2. Juni 1892.) Diabetid ist ein Analogon des Wortes Syphilid und bedeutet die durch Diabetes auf der Haut bewirkten Anomalien. Zu diesen gehören Pruritus, Erythem, Ekzem, Karbunkel und Gangrän, die sich besonders an den Genitalien lokalisieren. Jucken und dadurch bedingtes Kratzen sind stets die ersten Erscheinungen. An der Vulva bewirkt der Diabetes Erythem oder Ekzem, letzteres akut oder chronisch. Das akute Ekzem charakterisiert eine phlegmonöse Rötung der Vulva, Ödem der Labia, seröses oder eitriges Exsudat, heftiges Jucken und Schmerzhaftigkeit. Es verschwindet leicht, neigt aber sehr zu Recidiven. Das chronische Ekzem geht mit dunklerer Röte einher, greift auf Abdomen und Oberschenkel über. Jucken, Schlaflosigkeit, allgemeine Ernährungsstörungen sind die Folge. Die erkrankten Gewebe, besonders die Labia, sind infiltriert, geschwollen.

Die lokale Behandlung erfordert Bäder, alkalische Einspritzungen in die Vagina und Pinselung mit Chrysophansäure.

Bei Männern erkranken Glans und Praeputium. Man sieht erythematöse Rötung, herpetiforme Eruptionen und Ekzeme mit Jucken und Schuppung. Diese Balanoposthitis ist oft das erste Anzeichen des Diabetes. Bei längerem Bestande schwillt das Praeputium an, es entsteht eine Phimosis mit Erschwerung des Urinierens und des Coitus, Ausfluß, Jucken. Diese Phimose ist im Gegensatz zu der venerischen durch Fehlen der Entzündung, des Ödems, durch das Ekzem, die Verdickung des Praeputiums, die Atresie des Ringes gekennzeichnet. Die lokale Behandlung erfordert Baden, Einspritzung von Alkalien, in schweren Fällen Argentum nitricum. Die Phimose darf erst operativ angegriffen werden, wenn die Glykosurie beseitigt ist. Gangrän des Penis ist sehr selten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neurotische Entzündungen.

Ein Fall von Erythromelalgie, von Dünges. (*Der prakt. Arzt.* Bd. XXXIV. No. 10.) Das seltene Vorkommnis betraf einen bis dahin gesunden Friseur von 20 Jahren. Derselbe klagte über Kopfschmerzen und starke Rötung und leichte Schwellung der Gelenke beider Hände. Die Bewegungen sind schmerzhaft, besonders rechterseits.

Die Haut beider Hände erweist sich bläulich-rot verfärbt bis etwa zu den Rockärmeln, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Gelenkgegend der zweiten und dritten Phalanx sämtlicher Finger. Streichen der Haut verursacht oberhalb der Rötung ebenfalls deutliche Rötung. Die blauroten Partien sind deutlich kühler. Das Empfindungsvermögen daran, besonders im Ulnarisbereich, herabgesetzt. Aber bei Bewegungen entsteht Schmerz. Druckempfindlichkeit im Verlaufe der Nervenstämme gesteigert. Lokalisations- und Temperatursinn in den gerŏteten Teilen und in der Umgebung herabgesetzt. Feinere motorische Leistungen sind unmöglich, die grobe motorische Kraft der rechten Hand ist herabgesetzt, es besteht leichte Ermüdbarkeit. Von den Reflexen an beiden Armen ist nur der Supinatorreflex vorhanden. Untere Extremitäten normal. Die Behandlung bestand (einige Tage lang) in Galvanisation des Halses und faradischer Pinselung des Armes. Patient wurde und blieb gesund. Erfrierung ist ausgeschlossen, da milde Temperatur herrschte. Besonders auffallend ist in diesem Falle die Temperaturerniedrigung der afficierten Teile. Verfasser glaubt, dafs eine toxische Neuritis, resp. Perineuritis zu Grunde liegt, um so mehr, als der Patient mit schädlichen Stoffen in Berührung kam. *Neuhaus-München.*

Zona oder Herpes zoster, von Ohmann-Dumesnil. (*Intern. Clinics.* Vol. I. 2. Serie.) Verfasser beschreibt an der Hand eines Falles von Herpes zoster pectoralis und eines zweiten von Zoster cruris die charakteristischen Merkmale und Symptome der Affektion. Der Zusammenhang derselben mit dem Nervensystem ist durch die dem Verlaufe der Nerven entsprechende Lokalisation und durch die neuralgischen Schmerzen, welche dem Ausbruche gewöhnlich vorangehen und die Affektion weiterhin auch begleiten, klar angedeutet.

Bezüglich der Ätiologie der Krankheit ist man noch nicht genügend aufgeklärt. Angst, Schrecken, Hitze, Kälte sollen die Affektion hervorrufen können. In ätiologischer Beziehung ist interessant, dafs der Herpes zoster zuweilen epidemisch auftritt, und dafs man deshalb Mikroorganismen als Ursache angesehen hat. Tellurische und atmosphärische Einflüsse sind ebenfalls für das Entstehen des Zoster geltend gemacht worden. Alle ätiologischen Momente wirken mehr oder weniger schädlich nach den Untersuchungen von Leloir und Déjérine auf die peripheren Nerven ein. Die beiden Autoren haben organische Veränderungen in den Stämmen der Hautnerven nachgewiesen.

Die Behandlung mufs zunächst auf die Milderung, resp. Beseitigung der neuralgischen Schmerzen gerichtet sein. Hierbei kommen Belladonnapflaster, Kokain in Betracht. Ein Puder von

Pulv. camphor.	4,0
Cretae praeparat.	
Magnes. carbon.	ää 30,0

wirkt sowohl wegen des darin enthaltenen Kampfers schmerzstillend, als auch austrocknend auf die Herpesbläschen ein.

Innerlich giebt Verfasser geringe Dosen von Arsenik als Tonicum für das Nervensystem.

Passende lokale Watteverbände dürfen natürlich nicht fehlen.

C. Berlin? Aachen.

In der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte berichtete Eulenburg über drei Fälle von **Erythromelalgie** bei nervös beanlagten Handwerkern Die Krankheit erscheint unter zwei Formen:

a) der sensiblen (neuralgiforme Schmerzen, Analgesie) und

b) der vasomotorischen (Rötung, Temperaturerhöhung, Schwellung).

Hiervon abhängig sind die bei der Erythromelalgie beobachteten trophischen (Amyotrophie, atrophische Paresen, Atrophie von Haut, Knochen etc.) und sekretorischen (Anidrosis und Hyperidrosis) Störungen.

Die symmetrische Verteilung der Störungen und die schweren cerebro-spinalen Erscheinungen sprechen für einen zentralen Ursprung der Erythromelalgie mit wahrscheinlichem Sitze in den hinteren und seitlichen Partien der grauen Rückenmarkssubstanz.

Zu derselben Gruppe von Affektionen gehören aufser der Erythromelalgie noch die Syringomyelie, die Morvansche Krankheit, das bulbo-medulläre Syndrom von Grasset und Rauzier und die Raynaudsche Krankheit.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Akute Exantheme.

Über die Pathogenese der Scarlatina spricht Ricochon in der Société de Biologie in Paris. Sitzung vom 30. Dezember 1893. (*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 2.) Um die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges der Scarlatina mit Erysipel zu illustrieren, berichtet der Vortragende über eine Reihe von Beobachtungen, die sich chronologisch folgendermafsen folgten:

1. Eiterige Entzündung, Lymphangitis, scarlatiniforme Eruption bei einem Manne mit Ulcus varicosum cruris.
2. Erysipel am Gesicht eines Weibes, das ihn besucht.
3. Adenitis axillaris bei deren Mann.
4. Scarlatina bei einer jungen Nachbarin.
5. Umschriebene Lymphangitis bei deren Nachbar.
6. Erysipel des Gesichtes bei einem Manne, der alle diese Kranken besucht hat.

(Einen Schlufs dürften diese Fälle kaum gestatten, zumal die Identificierung einer scarlatiniformen Eruption und Scarlatina nicht angeht. Die scarlatinöse Röte macht noch nicht die Scarlatina aus. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In der Gesellschaft für Pathologie zu London sucht Dowsen nachzuweisen, dafs:

1. **Die Mandeln die Eingangspforte für das scarlatinöse Virus bilden.**
2. Dafs die Scarlatina zunächst eine rein lokale Affektion der Mandeln und der angrenzenden Lymphdrüsen darstellt, während die Allgemeininfektion eine Wirkung der in genannten Organen producierten Toxine ist.
3. Dafs die gröfsere Empfänglichkeit der Kinder einerseits und die relative Immunität der Erwachsenen gegenüber Scarlatina eine Folge der verschiedenen Struktur der Mandeln in den verschiedenen Altersperioden ist.

Cayley und Goodall teilen diese Ansicht nicht und führen gegen dieselbe aus, dafs die Intensität der anginösen Erscheinungen in keinem Verhältnisse steht zur Schwere der Scarlatina; dafs die Patienten noch längere Zeit ansteckungsfähig bleiben, nachdem bereits alle Spuren von Angina verschwunden sind; endlich, dafs in zahlreichen Fällen von Scarlatina keine Spur von Angina nachgewiesen werden kann. (Nach *Rif. med.* 1893. No. 283.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über fieberlosen Scharlach, von Ch. Fiessinger. (*Gaz. méd. de Paris.* 1893 No. 9.) Verfasser hatte vor zwei Jahren eine Scharlachepidemie von 37 Fällen beobachtet. Darunter waren 11 Fälle, die entweder absolut fieberlos verliefen oder nur in den ersten Stunden eine leichte Temperaturerhöhung bis 38—38,2° (im Rectum) zeigten. Die Fälle hatten nichts von der Kontagiosität eingebüfst, denn sie erzeugten bei den Geschwistern der Befallenen wieder fieberhaften Scharlach, ebenso wie sie

selbst von einem fieberhaften Scharlach übertragen worden waren. Zehn Fälle betrafen Kinder, einer eine 23jährige Frau. Auch die Komplikationen waren die des Scharlachs (einmal Morbus Brightii, mehrere Male Angina pseudo-membranacea). Der Puls war meist beschleunigt, doch nicht in allen Fällen und meist nur in den ersten 24 Stunden. Sonst boten die Fälle nichts Besonderes. *P. Taenzer-Bremen.*

Jaccond betont, daſs die **Komplikationen der Scarlatina** meist den Rachen betreffen. Während nämlich die Angina bei der normal verlaufenden Scarlatina als Angina erythematosa oder pultacea auftritt, wird sie bei den anomalen Formen phlegmonös (und zeigt sich in diesem Falle meist frühzeitig) oder gangränös (und tritt dann später auf). Im ersteren Falle kommt es zur Suppuration, im letzteren zum raschen Zerfall des Gewebes. Beide Formen führen zur Lymphdrüsenschwellung und -Vereiterung am Halse und sind von sehr übler Prognose. Diese septische Infektion kann im Rachen selbst ihren Ursprung nehmen oder aber aufserhalb derselben, z. B. durch Vermittelung einer die Scarlatina öfters begleitenden Miliaria, wenn diese in Pustulation übergeht. (*Rif. med.* 1894. No. 9.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Scharlachfieber mit Rückfall am 17. Tage, von H. P. Johnston-Aldershot. (*Brit. med. Journ.* 16. Dezember 1893.) Verfasser beschreibt einen derartigen Fall bei einer erwachsenen Person. Der erste Ausschlag blafste am 4. Tage ab, am 6. begann die Abschuppung. Am 17. Tage erneuter Ausbruch des Exanthems, das wiederum am 4. Tage zurückging. Daſs der zweite Ausbruch durch Medikamente hervorgerufen wurde, ist ausgeschlossen. *C. Berliner-Aachen.*

Scharlachfieber mit Recidiv nach kurzer Zeit, von M. J. Doidge-Haverhill. (*Brit. med. Journ.* 16. Dezember 1893.) Verfasser beschreibt zwei Fälle bei einem 10jährigen und bei einem 6jährigen Knaben. Bei dem ersten recidivierte das Scharlachfieber nach 4 Monaten, bei dem zweiten nach 6 Monaten, und zwar hier, wie festgestellt, infolge des Verkehrs mit Knaben aus inficierten Häusern. In beiden Fällen hatte das Recidiv einen durchaus nicht milderen Charakter, als der erste Anfall.
C. Berliner-Aachen.

Juhel-Rénoy berichtet über die auffallend günstige **Wirkung kalter Bäder bei maligner Scarlatina.** (*Presse méd.* 1894. No. 6.) Ein mit dieser Krankheit behaftetes $5^1/_2$jähriges Kind, bei dem sich hochgradigste Schlingbeschwerden, Delirien, Konvulsionen und Anurie eingestellt hatten, erhielt ein kaltes Bad von 25 ° C., worauf sofort Schlaf eintrat, die genannten gefahrdrohenden Symptome verschwanden und die Scarlatina einen ganz normalen und benignen Verlauf nahm.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Behandlung von Masern mit Einreibung von Eucalyptus, von Shelly. (Nach *The Practitioner* Novbr. 1893, *Fortsch. d. Med.* 1894. No. 2.) Fünf Fälle von Masern wurden mit einem Eucalyptus-Präparat behandelt. Man rieb zunächst drei Tage nacheinander morgens und abends, dann acht Tage lang nur einmal täglich am ganzen Körper ein. Daneben wurde innerlich Eucalyptus-Emulsion verabreicht, und bei Hustenanfällen wurden Eucalyptus-Inhalationen verordnet. Die Erfolge waren aber gar nicht ermutigend.
Neuhaus-München.

Zur Symptomatologie der Röteln, von Wilischanin. (*St. Petersb. med. Wochensch.* 1893. No. 49.) Verfasser berichtet über einige Eigentümlichkeiten bei einer von ihm beobachteten Rötelnepidemie. Fast alle Kranke zeigten bis zum Ausbruch des Exanthems eine ungewöhnliche Schläfrigkeit, die Kinder schlafen Tage und Nächte, ohne zu essen. Die Temparatur war im Prodromalstadium erhöht; in neun Fällen erschien der Ausschlag erst am vierten Tage, entsprechend der gröfsten Temperaturhöhe, die

einige Male bis 40,4—40,9° stieg. In vier Fällen waren Delirien und Gesichtshalluzinationen vorhanden. Die Konjunktivalinjektion ist für die Bestimmung des Beginnes und des Ablaufes der Erkrankung entscheidend. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Ätiologie und Prophylaxis der Variola, von Schrevens. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 7.) S. konstatiert, daſs in Belgien dank der Errichtung eines staatlichen Impfinstitutes seit 1882 die Variola beträchtlich weniger Opfer gefordert hatte, daſs aber die Mortalität in den letzten Jahren wieder zugenommen, um 1892 eine seit zehn Jahren nicht mehr dagewesene Höhe zu erreichen. Er verlangt dementsprechend schärfere Durchführung der Isolierung Variolöser, bessere Aufmerksamkeit von seiten der Gemeindebehörden, möglichste Vermeidung der Importation des Giftes durch Hadern, Schiffe, Landbewohner, Präventivmaſsregeln gegenüber den Briefträgern, die durch ihren Beruf zu besonders geeigneten Infektionsvermittlern werden, etc. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Modifikationen des Ausschlags im Verlauf der Variola, von Prautois. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 614.) Prautois berichtet über drei Fälle, in denen die Variola mit der Verletzung einer Extremität zusammentraf. Im ersten Falle wurde der Erkrankte im Inkubationsstadium der Pocken von einem Trauma betroffen, und an der kontusionierten Stelle erschienen die Pusteln fünf Tage später in besonderer Stärke. Im zweiten Falle erkrankte der Verletzte, während das Glied seit Wochen unter leichter Kompression in einer Schiene lag, an Pocken, und die verwundete Extremität blieb vom Ausschlag frei. Der dritte Fall verhielt sich fast ebenso wie der zweite. Prautois folgert aus diesen Beobachtungen, daſs eine frische Verletzung den Ausbruch der Variolapusteln sehr begünstige, daſs letzterer aber durch längere Ruhe eines Körperteiles und Abschluſs der Luft eher umgekehrt verhindert werde. *Türkheim-Hamburg.*

Beobachtungen über Pocken, von Porter. (*The Lancet.* 1893. S. 1179.) Verfasser konstatierte, daſs die immunisierende Kraft der Revaccination häufig aufgehoben werde durch eine schwere Allgemeininfektion, z. B. Typhus, akuter Gelenkrheumatismus. Eine Wiederimpfung hatte dann fast stets Erfolg. Ferner bezeichnet er den Satz, daſs während einer Pockeneruption die Vaccination stets erfolglos sei, als unrichtig. Einen eigentümlichen Infektionsweg konnte er einmal nachweisen. In einem Scharlachpavillon, der vom nächsten Pockenpavillon weit entfernt war, kamen kurz nacheinander zwei Pockenfälle vor, trotzdem gar kein Verkehr zwischen beiden Pavillons bestand. Nun fand sich, daſs ein für die Heiſswasserleitung bestimmter Kanal dieselben verband und z. B. Rauch nach einiger Zeit aus dem kälteren Pockenzimmer nach dem Scharlachzimmer übertrat. Nach Beseitigung dieses Übelstandes kam keine Pockenerkrankung im Scharlachpavillon mehr vor.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Pocken bei Tuberkulösen, von Richardière. (*Union méd.* 1893. No. 37.) Folgende Schlüsse zieht Verfasser aus seinen Beobachtungen über Pocken bei Tuberkulösen:

1. Die Lungentuberkulose verschlechtert die Prognose der Pocken bedeutend; von vier Tuberkulösen mit Variola starben drei.

2. Zwei Phthisiker erlagen der hämorrhagischen Umwandlung der Pocken während der Eiterungszeit.

3. Der dritte starb an konfluierenden Pocken.

4. Von den vier Kranken waren die drei an Pocken verstorbenen im zweiten,

der vierte im dritten Stadium der Phthise. Die Prognose der Pocken bei Phthisikern scheint also weniger von der Phthise, als von dem Grade der Eruption abzuhängen.

5. Bei Phthisikern, die die Pocken überlebten, setzte das tuberkulöse Fieber während der Pocken aus. Die Temperaturkurve entsprach ganz derjenigen, welche bei vorher gesunden Variolösen gefunden wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Variola des Foetus, von GRANDMAISON. (*La méd. mod.* 1893. No. 48.) Die Übertragung der Variola auf den Foetus erfolgt nicht vor Ende des vierten Schwangerschaftsmonates (? d. Ref.), da dann erst die Placenta genügend entwickelt ist. Die Inkubation beträgt 20—22 Tage; das Kind kommt, meist als Frühgeburt, gesund zur Welt und erkrankt erst nach der Geburt, oder es wird pockenkrank, resp. pockennarbig geboren. Die Mutter kann gesund, nur der Vater zur Zeit der Konzeption an Variola erkrankt sein (? d. Ref.); es kommt sogar vor, dafs beide Eltern gesund sind, nur mit Variolakranken zu thun hatten. Der Foetus wird meist im Eruptionsstadium geboren und ist dann am ganzen Körper gleichmäfsig ergriffen. Die Pusteln der fötalen Variola eitern nicht und hinterlassen keine gröfseren Narben, da die sekundäre Infektion mit pyogenen Bakterien fortfällt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine seltene Aufeinanderfolge infektiöser Krankheiten, von G. JACONTIDI. (*Giorn. intern. delle sciense med.* 1893. No. 8.) Ein 10jähriger Knabe erkrankte an doppelseitiger Parotitis; am vierten Tage der Rekonvalescenz Fieber und typisches Scharlachexanthem am Halse. Nach 5—6 Tagen, während der Knabe schuppte, neues Fieber, Rash, Masernausschlag mit leichter Conjunctivitis. Als Exanthem und Fieber geschwunden, stieg die Temperatur nach acht Tagen plötzlich wieder und es entstand eine typische Variola mit pustulöser Glossitis, Diarrhoen, Milzschwellung, Ileocoecalgurren. Nach dreitägigem Fieber tiefe Remission, dann neue Exacerbation, Schweifse, Miliaria. Heilung; Defluvium capillorum.

Die anderen sechs Kinder der Familie und ein Erwachsener erkrankten an Parotitis; bei einem Kinde waren die Submaxillardrüsen ergriffen. (Es dürfte diese Musterkarte infektiöser Erkrankungen in unmittelbarer Aufeinanderfolge wohl doch einer anderen Auslegung fähig sein. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mit Bezug auf die **Einwirkung roter Lichtstrahlen auf Verlauf und Infektiosität der Pocken** findet sich in der *Ärztl. Rundsch.*, 1893, No. 50, eine Notiz, dafs ein Arzt GODDESDEN, der vor 600 Jahren lebte, in einem Buche mitteilt, er habe Pocken bei einem Prinzen durch Einwickelung in ein scharlachrotes Tuch geheilt; gleichzeitig sorgte er dafür, dafs das ganze Zimmer in rotem Lichte erschien.

Es wäre eine dankbare Aufgabe, die Einwirkung der verschiedenen Arten von Lichtstrahlen auf die Bakterien zu prüfen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Anomale Varicellen in gangränöser Form, von VARIOT und DANSEUX (Paris). (*Journ. de clin. et de thérap. infant.* 1894. No. 1.) Varicellen sind nicht immer ein so unschuldiges Leiden. Verfasser sahen eine Infektion der Mutter durch das sehr leicht erkrankte Kind, welche sehr schwere Erscheinungen machte. Gangränöse Varicellen sind schon beschrieben von TROUSSEAU, HUTCHINSON, GOODHART. Einen solchen Fall berichten die Verfasser. Bei einem fünfjährigen Kinde entstanden unter Fieber an Rücken und Brust rote, konfluierende Papeln von der Gröfse eines Fünfpfennigstückes, auf denen kleine Bläschen sich erhoben. An diesen Stellen entstanden tiefe, wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Ulcerationen mit gangränösem Grunde, infiltrierter Basis, von der Gröfse einer Erbse bis zu derjenigen eines Markstückes, die stellenweise konfluierten. Daneben waren Varicellenbläschen sichtbar; hohes Fieber. Während immer Bläschen nachschossen, heilten die Ulcerationen unter Vollbädern mit 6,0 Karbol-

säure, Zerstäubungen mit 3%igem Borwasser, Waschungen mit 1%igem Kalium permanganicum, Jodoformsalbe.

Verfasser glauben, dafs für die Entstehung der gangränösen Varicellen örtliche und individuelle Verhältnisse von Wichtigkeit sind. Es ist möglich, dafs zwei verschiedene Keime in diesen Fällen einwirken, dafs der gangränerzeugende sich auf dem Boden der Varicellenbläschen ansiedelt. Das würde also eine Mischinfektion bedeuten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bericht über die im Jahre 1892 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung, von L. Voigt. (*Arch. f. Kinderheilkde.* Bd. XVII. 1893.) Wir heben unter den zahlreichen Arbeiten, die Verfasser referiert, nur die wichtigsten hervor.

King und Hime gelang es, aus klarer Blatternlymphe durch Impfung auf Kälber in verschiedenen Generationen eine sehr kräftige, durchaus gut wirkende Vaccine zu erzielen.

Siegel und Ruete züchteten Reinkulturen von Vaccinekokken, die sich als impffähig erwiesen. Voigt erzielte mit den Rueteschen Kokken beim Kalb vaccinale Eruptionen, die einen brauchbaren Impfstoff lieferten.

Pfeiffer und Guarnieri fanden im Blute Geimpfter eine geifselführende Sporozoe, die mit Auftreten der Pusteln verschwand.

Einige berichtete Impfschäden fallen wohl weniger der Impfung als solcher zur Last, als vielmehr der Schädigung der Impfpusteln durch Schmutz etc.

F. Hahn-Bremen.

Kuhpocken am Auge, von Searles. (*Americ. Journ. of Ophthalmol.* June 1893.) Ein Farmer hatte Pusteln an den Augenlidrändern und auf der Schleimhautfläche beider Lider und des Augapfels. Cornea frei. Um Verwachsung der Lider zu verhüten, liefs Verfasser eine Hartgummiplatte im Bindehautsacke tragen. Heilung mit gutem Effekte in zehn Tagen.

Die Infektionsquelle ist nicht angegeben, doch kann man sie bei der Beschäftigung des Mannes (Farmer) sich leicht denken. *F. Hahn-Bremen.*

Zwei Fälle von allgemeiner Vaccine, von Colcott Fox. (*Clin. Soc. Transact.* Bd. XXVI.) Bei zwei Kindern traten je am neunten Tage, nachdem die Vaccination bis dahin ganz normal verlaufen war, plötzlich ohne ersichtliche Ursache am ganzen Körper unter leichter Fieberbewegung Vaccinepusteln auf, die im Verlaufe der nächsten Wochen ohne weitere Störung wieder abheilten. Ob es sich um eine Autoinokulation oder um eine spontan verallgemeinerte Vaccineerkrankung handelt, läfst Verfasser unentschieden; für erstere spricht eigentlich nichts, da die Kinder zu jung waren, um sich selbst zu kratzen, und nirgends eine ekzematöse Stelle oder ähnliches bestand, was als Eingangspforte hätte angesehen werden können. *F. Hahn-Bremen.*

Vaccine-Impfung und Exanthem, von Nicolle und Thiercellin. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 525.) Es werden zwei Fälle mitgeteilt. In dem einen gesellte sich zu einem schon bestehenden Herpes zoster cervico-brachialis sinister nach der Impfung ein Herpes zoster der Impfgegend, der auf die Axillarlinie und den Rücken übergriff.

Im zweiten Falle entwickelte sich bei dem Impfling kurz nach der Impfung eine Angina herpetica, und wenige Tage später zeigen sich auf Oberlippe und Wange Herpesbläschen. Auf der Wange verwandeln sich diese Bläschen in eine grofse Pustel, die alle Eigenschaften einer Impfpustel besitzt und allmählich eintrocknet.

Türkheim-Hamburg.

Zur Kenntnis des Vaccineprozesses, von J. Sobotka. (*Zeitschr. f. Heilkde* Bd. XIV. Heft 5 u. 6.) Genaue Temperaturmessungen an 88 vaccinierten Kindern

gaben folgende Ergebnisse: Die erste Phase umfafst 2—3 Tage und geht ohne Temratursteigerung einher. Die zweite Phase reicht vom dritten, resp. vierten Tage bis zum Ende des siebenten; sie wird eingeleitet durch Fieber, das dann einen remittierenden Charakter enthält. Die dritte Phase umfafst den achten bis zehnten Tag; die Temperaturen erhalten sich ohne nennenswerte Schwankungen auf febriler Höhe. Die vierte Phase reicht vom Fieberabfalle am zehnten Tage bis zur Rückkehr des normalen Zustandes, also 2—3 Tage; sie ist nicht immer scharf gegen die dritte Phase abgegrenzt, zeigt mehr remittierenden Charakter der Temperatur.

Dieser Temperaturverlauf war unabhängig von der Zahl der entwickelten Pusteln, von der Intensität der Lokalaffektion, von der Wahl der Lymphe, von den etwa vorgenommenen Nachimpfungen, von der Eröffnung der Pusteln und dem Alter der Impflinge. Bei der Lokalaffektion hat man auch vier Stadien zu unterscheiden, die genau den vier Temperaturphasen entsprechen: Inkubationsstadium von ca. 3 Tagen, Entwickelungsstadium ca. 4 Tage, Blütestadium ca. 3 Tage, Abheilungsstadium ca. 7—10 Tage.

Das Fieber der dritten Phase ist nicht allein eine Folge der lokalen Veränderung, sondern höchstwahrscheinlich ein Symptom der allgemeinen Durchseuchung des Körpers mit dem Vaccinegift, das sich in den Pusteln entwickelt hat. Dafür spricht auch, dafs, wenn Nachimpfungen vorgenommen sind, die aber nur bis zum 6.—7. Tage haften, während der Entwickelung der Pusteln keine neuerliche Fieberphase auftrat. In der dritten Phase bestand neben der Temperaturerhöhung vermehrte Puls- und Respirationsfrequenz, Störung des Allgemeinbefindens und eine beträchtliche Vermehrung der Stickstoffausscheidung, welcher stets eine Leukocytose vorausging.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bezüglich des Zeitpunktes, **wann die Wiederimpfungen der Kinder stattfinden sollen,** stellt P. Raymmond (*Progrès méd.* 1893. No. 52) folgende Postulate auf:

1. Das Kind soll, lange bevor es zehn Jahre alt ist (Gesetz von 1890), wiedergeimpft werden.
2. Beim Eintritt in die Schule soll jedes Kind, wessen Alters es auch sein mag, der Wiederimpfung unterzogen werden.
3. Aufserdem soll diese Wiederimpfung in den Schulen jährlich an jedem Kinde vollzogen werden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Verschiedenes.

Die Diaskopie der Hautkrankheiten, von P. G. Unna. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 42.) Um Hautveränderungen unter Ausschlufs der Hyperämie studieren zu können, ist das Aufdrücken eines durchsichtigen, festen Gegenstandes von grofsem Werte. Verfasser hat dieses Verfahren schon lange Jahre benutzt, dasselbe aber immer mehr schätzen gelernt. Er hat sich dazu ein kleines, 2 cm langes, 12 mm breites Glasplättchen mit aufgebogenen Enden und Einteilung in Millimeter herstellen lassen, das er „Diaskop“ nennt. (Es ist von Dr. Mielck in Hamburg, Schwanenapotheke, für 60 Pf. zu beziehen.) Die normale Farbe der unpigmentierten Haut ist eine Mischfarbe, wechselnd, je nachdem die eine oder andere Komponente mehr hervortritt. Von Wichtigkeit für die Bedeutung der tieferen Hautteile für die Hautfarbe ist natürlich der Grad der Lichtreflexion durch die oberen Schichten. Verfasser nahm bekanntlich stets an, dafs für die Reflexion die Körnerschicht, sich gleich einer

Milchglasplatte einschiebend, von besonderer Bedeutung sei. Kromayer schreibt diese Rolle der Hornschicht zu, da man auf Querschnitten frischer Haut die Körnerschicht nicht als dunklen, resp. bei auffallendem Lichte als weifsen Streifen erkennt. Unna suchte diese Frage nun experimentell zu lösen, indem er einen stark gefärbten Strich durch die einzelnen Hautschichten betrachtete. Dabei stellte sich neben der Körnerschicht der Feuchtigkeitsgehalt der Haut als besonders wichtig für die Reflexion heraus. Man kann die Haut transparenter machen durch wasseranziehende und mit Wasser mischbare Öle (Anilinöl, Nelkenöl). Ganz undurchsichtig ist das Fett, das kollagene Gewebe reflektiert bläulich-weifses Licht, läfst aber auch noch genug durch, um an der Grenze der Cutis und Subcutis manches zu erkennen. Die eine Komponente ist also das sehnige Weifs des kollagenen Gewebes, wie wir sie rein nur auf Narben und an atrophischen, blutarmen Hautstellen finden, deren Oberhaut sehr dünn ist. Die unverhornte Oberhaut, die Stachelschicht, hat eine gelbe Eigenfarbe, die also um so mehr hervortritt, je dünner die Stachelschicht, ist. Die normal eingefettete Hornschicht ist farblos und durchsichtig; die bei spröder, rissiger, lufthaltiger Beschaffenheit eintretende Reflexion kann durch Fette, Glycerin, Vaselin jederzeit aufgehoben werden. Zu diesen Farben kommt nun die durch das Blut bedingte Komponente. Die tiefen Hautgefäfse kommen erst zur Geltung bei ihrem Eintritt in die Cutis, sind aber wenig bedeutend gegenüber dem Einflufs der subpapillaren Gefäfsschicht, welche ein etwas mattiertes Rot giebt.

Diese Farbentöne erhalten eine Nuance durch das Zellengelb; die Hautfarbe spielt dadurch zwischen Gelbweifs und Gelbrot, mattiert durch eine weifsliche Deckung. Drückt man das Blut weg, dann wird hauptsächlich das Verhältnis zwischen Cutisweifs und Zellengelb zu beachten sein; dabei ist eine Einfettung bei vorhandenen, lufthaltigen Schuppen nicht zu vergessen.

Drei Gruppen von Indikationen hat das Diaskop:

I. Aufsuchung von gelben Zellenherden und anderen farbigen Elementen in dem blutleeren, weifsen kollagenen Gewebe.

II. Die exakte Bestimmung der Menge und des Sitzes des Gefäfsblutes.

III. Die genauere Untersuchung von Transsudaten und Exsudaten.

Jede dieser Gruppen teilt Verfasser in zwei Unterabteilungen.

I. 1. Unterscheidung von Granulomen und einfachen Entzündungen: Die zellreichen Herde heben sich durch die gelbere Farbe und gröfsere Transparenz (Lichtreflexion) ab; besonders deutlich ist das bei Lupusherden der Fall, wo scharfe gelbbraune Einsprengungen sichtbar werden, während beim Ekzem, der Psoriasis eine abnorme gelbe, diffuse Färbung hervortritt, in der höchstens bei starkem Blutgehalt einige Blutpunkte sich abheben. Die Bestimmung der Ausdehnung der Infiltration in der Fläche und Tiefe gegenüber dem Kollagen und des Verlustes an letzterem an Stelle der Infiltration ist die erste Aufgabe der Diaskopie.

2. Unterscheidung von zelliger Infiltration und Pigment. Während jedes Pigment bei Diaskopie deutlicher wird, ohne seine Farbe zu ändern, wird der durch Zellinfiltration bedingte dunkle Fleck heller, gelb auf gelblich-weifsem Hintergrund. Das ist besonders für die von Syphiliden zurückbleibenden „pigmentierten" Stellen wichtig, welche eben nur Reste des Plasmoms sind.

II. 3. Unterscheidung von Hyperämie und Hämorrhagie. Diese ist diaskopisch sicher zu treffen, jedoch mufs man lange andrücken, bevor man einen Schlufs zieht.

4. Unterscheidung von Ektasie der Kapillaren und der gröfseren Gefäfse. Diese ist wichtig für die Therapie der Rosacea, da auf Resorcinschälung

die Kapillarröte prompt zurückgeht, während die gröfseren Venen unbeeinflufst bleiben. Man zeichnet deshalb diese am besten vor der Schälung mit dem Mikrobrenner ab, nachdem man sie diaskopisch sich eingeprägt.

III. 5. Unterscheidung von Ödem und zelligem Infiltrat. Jedes Ödem weicht natürlich dem Drucke mit dem Diaskop, wonach etwa vorhandenes zelliges Infiltrat sich durch die gelbliche Färbung kennzeichnet.

6. Unterscheidung von Ödem der Cutis und Blasen des Epithels. Die Blase tritt unter dem Diaskop als durchscheinender, grauer oder bläulich-weifser Kreis innerhalb der gelbweifsen Umgebung der Haut hervor. Es kommen Fälle vor, in denen der Unterschied zwischen ödematösen Papeln und Bläschen nicht leicht ist. Zwei Prurigofälle zeigten dem Verfasser nur tiefsitzende Bläschen.

Nimmt man noch hinzu, dafs das Diaskop durch die Millimeter-Einteilung sich zur Messung der Effloreszenzen eignet, so wird man die Nützlichkeit dieser Untersuchungsmethode anerkennen müssen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Hauttransplantation nach THIERSCH, von Prof. HELFERICH. (*Disch. med. Wochenschr.* 1894. No. 1.) Das Wesen des Verfahrens von THIERSCH charakterisiert sich dadurch, dafs die transplantierten Stücke nach Entfernung des Granulationsgewebes aufgelegt werden, dafs dieselben grofs und sehr dünn genommen werden. Verfasser demonstriert nun mittelst Transplantation geheilte Fälle: ein Kind nach Verbrennung, ein Mann nach ausgedehntester septischer Lokalaffektion am Oberschenkel; natürlich ist die Plastik stets erst vorzunehmen, wenn die Wunde sicher aseptisch geworden ist. Ferner werden Fälle vorgestellt, wo Trauma grofse Defekte gesetzt hatte, sowie geheilte Unterschenkelgeschwüre, bei denen vorher sorgfältig die Narbenmasse unter den Granulationen abgeschabt wurde. Der Zinkleimverband leistete dabei auch guten Nutzen. Guten Nutzen hatten die THIERSCHschen Transplantationen dann auch bei Überpflanzung gestielter Lappen, nach Lupusexcision, wo aber Recidiv eintreten kann, wenn man nicht tief genug gegangen ist, schliefslich auch auf Knochen, wenn man die blutreiche Spongiosa blofslegt, wie Verfasser durch Schilderung und Abbildung einer 78jährigen Frau illustriert, der ein Hautcarcinom der Stirn entfernt war. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

RAYMOND und NETTER berichten über das Vorkommen einer besonderen **Veränderung der Zungenoberfläche bei einzelnen Influenzaepidemien.** Die Zunge nimmt dabei ein feuchtes, porzellanartiges Aussehen an, welche Erscheinung während der ganzen Krankheitsdauer bestehen bleibt. (Nach *Presse méd.* 1894. No 6.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Berichtigung.

In dem Originalbericht über den IV. Kongrefs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Bd. XVIII, S. 631 ist unter den Ausstellern von Moulages irrtümlich C. BERLINER anstatt P. (PAUL) BERLINER-Berlin erwähnt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 4. 15. August 1894.

Aus der dermatologischen Klinik von Dr. Unna in Hamburg.

Über die Trichorrhexis des Kopfhaares der Konstantinopeler Frauen.

Von

Dr. Menahem Hodara,
kaiserlich ottomanischem Marinearzt.

(Mit Tafel I.)

Klinisches.

Die Trichorrhexis ist ein bei den Frauen und Mädchen von Konstantinopel weit verbreitetes und täglich an Ausdehnung gewinnendes Leiden. Diese Trichorrhexis kennzeichnet sich: 1. durch die Bildung ganz feiner, weifsgrauer Pünktchen dicht an der Spitze des Haares; 2. durch die Spaltung der Haare in verschiedene Fasern.

Die feinen weifsen Pünktchen erkennt man am besten, wenn man die Haare zuvörderst von den zarten Schüppchen, mit denen sie häufig behaftet sind, reinigt und sie dann auf einem schwarzen Grunde beobachtet. Fühlen lassen sich diese Pünktchen nicht, und sie sind so wenig erhaben, dafs man sie eher Anschwellungen als Knötchen nennen kann; sie sind demnach beträchtlich kleiner und unauffälliger, als die entsprechenden Knötchen bei der Trichorrhexis nodosa des Bartes, welches Leiden in Europa so häufig, in Konstantinopel dagegen verhältnismäfsig selten ist. Gewöhnlich zählt man 1—3, äufserst selten 4—6 solcher Knötchen, die hintereinander auf dem Haare sitzen, so zwar, dafs sie sich von den Spitzen der Haare nicht über 12 cm entfernen. An den befallenen Stellen biegt sich das Haar sehr leicht und bildet alsdann einen spitzen Winkel, auf dessen Spitze das weifse Pünktchen sitzt. An diesen Stellen befindet sich der Locus minoris resistentiae; hier bricht das Haar sehr leicht beim Kämmen, beim leisesten Zuge, oder auch ganz von selbst; an den Bruchenden der Haare sieht man noch das weifse Pünktchen. Aus diesem Grunde finden sich gerade an den Spitzen der Haare eine Menge weifser Pünktchen. Die Bildung dieser Knötchen beginnt an den Haarspitzen und schreitet gegen die Haarwurzeln vor.

Das zweite Symptom dieser Trichorrhexis, das Spalten der Haare,

geht in vielfacher Weise vor sich. Meistens findet es nahe bei den Spitzen statt; die Haare spalten sich in 2—3 bald gröfsere, bald kleinere Fasern, selten sind es noch mehr. Oder die Haare spalten sich alternierend weiter, so dafs sich das ganze Haar schliefslich mit einem Baume und seinen Zweigen vergleichen läfst. Ferner kommt es vor, dafs die Spaltung nur an den Stellen der weifsen Pünktchen statthat, und auch sonst werden noch allerlei Abweichungen in der Spaltung beobachtet.

Auch auf den gespaltenen Haarfasern finden sich häufig ein und zwei und noch mehr der erwähnten weifsen Pünktchen. Die einzelnen Fasern sind sehr zart und ihre Spitze meistens äufserst dünn. Wie die weifsen Pünktchen, so beobachtet man auch die Zerfaserung nicht weiter als 10—12 cm vom Haarende entfernt. Diese Trichorrhexis dauert jahrelang, wodurch der Haarwuchs ganz vernichtet wird.

Die Haare fallen niemals mit der Wurzel aus, sondern sie brechen an dem Sitze der erwähnten weifsen Pünktchen ab, und da die letzteren sich beständig neu bilden, so macht auch die Verkleinerung der einzelnen Haare immer weitere Fortschritte. Während diese Trichorrhexis nun bei den hiesigen Damen ein sehr verbreitetes Leiden bildet, habe ich sie in den Kopf- und Barthaaren von Männern noch nie beobachtet.

Meine histologischen und bakteriologischen Untersuchungen der Trichorrhexis habe ich nun an den Haaren einer Dame angestellt, die seit drei Jahren mit dem Leiden behaftet war, früher einen sehr schönen Haarwuchs hatte und über das ewige Brüchigwerden der Haare sehr unglücklich war.

Histologie.

Unter dem Mikroskope gewahrt man am Sitze der weifsen Pünktchen eine Spaltung des Haares. Dasselbe teilt sich in mehrere feine Fasern, die sich für gewöhnlich kreuzen und dem ganzen Gebilde das Aussehen zweier miteinander verfilzter Pinsel verleihen. Infolge dieser fibrillären Spaltung und Auflockerung, wodurch gewissermafsen eine Kontinuitätstrennung entsteht, bricht das Haar in der Mitte dieser zarten, sich kreuzenden Fasern entzwei, und das Ende des übrig bleibenden Stumpfes sieht wie ein Besen aus. Die meisten der gebrochenen Haare, die am Bruchende die weifsen Pünktchen aufweisen, gewähren mikroskopisch den nämlichen Anblick.

Die Bildung der weifsen Pünktchen schreitet von der Spitze zur Haarwurzel hin, so zwar, dafs die fibrilläre Auflockerung, die sich durch die weifsen Pünktchen anzeigt, immer geringgradiger wird, je mehr man sich der Haarwurzel nähert.

Unter dem Mikroskope erkennt man auch, dafs die fibrilläre Spaltung ohne Auswahl in sämtlichen Bestandteilen des Haares Platz greift, sowohl in der Cuticula, wie auch in der Rindensubstanz und dem Mark. Das

Haar kann sich dann in 2—4 und noch mehr verschieden grofse, völlig unregelmäfsige Zweige teilen, die sich gegen das Ende hin verdünnen und auffasern, indem sie im allgemeinen die Form kleiner Pinsel annehmen. Dabei lassen sich auch auf diesen Zweigen die weifsen Pünktchen oft schon makroskopisch erkennen, während sie mikroskopisch das nämliche Bild sich kreuzender Fasern gewährten. Da das Haar sich bald nur in der Cuticula, bald auch in den zentraler gelegenen Schichten spaltet, und da die Bildung der Zweige infolgedessen eine ganz ungleichmäfsige ist, so lassen sich die letzteren mit dem besten Willen nicht genau beschreiben. Wie klinisch, so läfst sich auch mikroskopisch feststellen, dafs der Spaltungsprozefs gegen die Wurzel hin an Stärke abnimmt — das Nämliche gilt ja auch von den weifsen Pünktchen. Also die klinischen Erscheinungen finden unter dem Mikroskope ihre Erklärung. Daneben laufen aber auch Veränderungen, die sich nur mikroskopisch erkennen lassen, und zwar geringgradige Spaltungen der Cuticula hie und da, sowie leichte Anschwellung an einem beliebigen Punkte des Haares, wo später, unter Bildung des klinisch wahrnehmbaren weifsen Pünktchens, eine Spaltung in Fasern Platz greifen wird.

Die Untersuchung auf Pilze.

Die Färbung. Man entfettet die Haare in einer Mischung von Alkohol und Äther, läfst sie dann einige Minuten in einer alkoholischen Lösung mit 1%igem Salzsäurezusatz, um sie zu reinigen, wäscht sie im Wasserbade ab und färbt mit der modifizierten Jodmethode (Unna), d. h. man färbt zuvörderst mit einer alkoholischen Lösung von Gentianviolett und Anilinwasser und fixiert mit Jod. Anstatt nun aber mit Anilinöl allein zu entfärben, setzt man diesem ein klein wenig Pikrinsäure zu und läfst die Haare recht lange in dem Anilin-Pikrin-Gemisch liegen. Bei diesem Vorgehen heben sich die Mikroorganismen sehr schön von der Hornschicht des Haares ab.

Auf den an unserer Trichorrhexis erkrankten Haaren finden sich nun verschiedene Keime:

1. Selten vereinzelte Pilze verschiedener Art.
2. Regelmäfsig ein besonderer Pilz in grofser Menge.

Unter den Saprophyten bemerkte ich verschwindend selten einzelne Hyphomyceten am Ende der Haare und mehrmals Kokken, die auf verschiedenen Haaren safsen.

Der zweite Organismus, der treue Begleiter unserer Trichorrhexis, ist ein kleiner Bacillus von Stäbchenform mit leicht abgerundeten Enden, 0,8 bis 1,5 μ lang und $^1/_3$ μ breit. Dieser Organismus ist immer von einer hellen Zone von $^1/_2$ μ Breite und von einer sehr zarten, gefärbten Membran umgeben. Dieser Bacillus hat nun sehr eigenartige, interessante

und charakteristische Wachstumsformen. Man trifft dieselben ganz unregelmäfsig verteilt auf den Haaren; sie sind sehr zahlreich und sehr mannigfaltig. Vermittelst der Kulturen habe ich sie überhaupt erst gefunden und richtig gedeutet, und nur durch dieses Hülfsmittel konnte ich nachweisen, dafs alle die wunderlichen, auf den Haaren vorgefundenen Gebilde, deren Beschreibung jetzt folgt, den verschiedenen Abschnitten im Wachstum eines und des nämlichen Organismus angehören.

Aufser als einzelner kleiner Bazillus, wie eben beschrieben, kommt unser Organismus auch zweitens in der Form kleiner Haufen von Bacillen vor, die bald mehr, bald weniger rund sind. Diese kleinen Haufen besitzen durchschnittlich einen Durchmesser von 2 bis 4 μ. Jeder einzelne Bacillus aus diesem Haufen ist von einer hellen Zone umgeben, und alle zusammen sind in einer zarten Membran eingeschlossen. Man findet aber auch Bacillen, die der Länge nach miteinander verbunden sind, wodurch lange Stäbchen von 2 bis 3 und mehr μ Länge entstehen, die alle zusammen von einer hellen Zone umgeben und in eine zarte Membran gehüllt sind.

Neben diesen beiden Formen finden sich nun in gröfserer Häufigkeit noch folgende.

Die dritte Form unseres Organismus ist mehr oder weniger rund. Wir erkennen auf den Haaren runde Körper von Kokken- bis Sporen- und Hefepilzgröfse und 1, 2 bis 3 μ Durchmesser. Sie stellen runde, eiförmige oder unregelmäfsig runde Gebilde dar, die bald allein, bald planlos nebeneinander stehen. Im allgemeinen sind die kleinen runden Formen übereinander geordnet und wenig voneinander entfernt, so dafs sie die Rosenkranzform der Streptokokken annehmen; auch die grofsen Formen reihen sich aneinander und sind nach Art der Favussporen kettenförmig miteinander verbunden. In der Regel aber gleicht keiner dieser Keime weder in seiner Form, noch in seiner Gröfse genau dem anderen, sie sind vielmehr ganz ungleichmäfsig.

Die vierte, recht wunderliche und häufig vorkommende Form ist diejenige von Würstchen, Kügelchen und Klümpchen. Diese grofsen Gebilde von mehr oder weniger regelmäfsig cylindrischer, eiförmiger, kugeliger u. s. w. Gestalt besitzen eine Länge von 4 bis 20 μ bei einer Breite von 2 bis 10 μ. Diese Klümpchen sind völlig ungleichmäfsig, und es wäre wirklich unmöglich, hier einen Typus aufzustellen. Bei scharfem Zusehen gewahrt man in diesen Klümpchen dunkler gefärbter Teile in Form von Stäbchen oder unregelmäfsigen Rundkörperchen, und zwar sind diese dunkler gehaltenen Teile wiederum von einer helleren Zone umgeben, wenn nicht die Klümpchen überhaupt eine gleichmäfsige Färbung besitzen.

Die fünfte Form besteht aus Gebilden mit Hohlräumen,

indem nämlich die vier bisher beschriebenen Elemente in ihrem Innern Hohlräume besitzen. Man findet 1.: die Bacillen (erste und zweite Form) geschwollen, mit Hohlräumen in ihrem Innern, so dafs sie wie durchlöcherte Bacillen aussehen; dabei sind sie nur zum Teil, oft nur an den Konturen gefärbt, während der Innenraum ganz hohl ist.

2. Auch die kleinen, runden Formelemente (dritte Form) von der Gröfse grofser Kokken oder Hefepilze können verschieden grofse Hohlräume enthalten. Auch hier ist die Färbung alsdann nur eine teilweise, auf die Konturen, oder gar nur auf einen Teil derselben beschränkt. Sie liegen entweder regellos durcheinander oder sind zu Ketten geordnet. Häufig sieht man Ketten dieser Organismen, in denen nur die Ränder gefärbt sind, die Innenräume aber leer bleiben. Zuweilen sind diese Keime auch gleichmäfsig schwach gefärbt und stark abgeblafst.

3. Es finden sich auf den Haaren auch Gebilde in der schon geschilderten Form von Würstchen, Kügelchen und Klümpchen (vierte Form), gleichfalls mit verschieden grofsen Hohlräumen versehen, die regellos im Innern dieser Klümpchen verteilt sind. Auf diese Weise entsteht ein wunderliches Durcheinander von Organismen, die teils gefärbt, teils leer und farblos, aber ganz unregelmäfsig sind. Schliefslich gewahrt man auch Haufen, die nur gefärbte Bruchstücke und Trümmer enthalten. Diese letzteren Formen sind die häufigsten, man trifft sie fast jeden Augenblick auf den Haaren. Anfangs hielt ich sie trotz der deutlichen Färbung mit Gentianaviolett für Schmutz, der auf den Haaren nicht fehlte und auf den man achten mufs. Sie waren für mich ganz unverständlich, und erst die Kulturen haben mir Klarheit gebracht und den Zusammenhang zwischen diesen unförmlichen, gar nicht zu beschreibenden Massen und dem kleinen, früher geschilderten Bacillus aufgedeckt. Ohne die Kulturen liefse sich wohl kaum jemandem dieser Zusammenhang klar machen.

Alle diese Keime nun finden sich regellos verteilt auf den trichorrhexiskranken Haaren. In gröfster Menge sind sie an den zerfaserten Stellen der Haare, die, wie schon erwähnt, makroskopisch als weifse Pünktchen erscheinen, zu finden. Nur sind sie hier wegen der grofsen Menge Schmutz, der sich gerade an diesen Stellen oft anhäuft, nicht immer leicht zu entdecken. Ferner halten sich die Bacillen auch mit Vorliebe auf den Haarzweigen auf, die von der fibrillären Spaltung und Auflockerung der einzelnen Haarbestandteile herrühren. Und endlich sitzen sie auch längs des ganzen erkrankten Haarschaftes, aber — was wohl zu beobachten ist — an der Grenze des gesunden Teiles des Haares angelangt, verschwinden sie vollständig. Ich verfüge über ein grofses Material von Haaren, die alle an ihren kranken Stellen von Bacillen besetzt sind; letztere wagen sich aber niemals in das gesunde Gebiet hinein.

Noch ist zu bemerken, dafs die Haarteile, an denen die Pilze sitzen, durch die sog. basischen Farben stark gefärbt bleiben, auch wenn man sie einer langen Entfärbung unterwirft. Die Bestandteile des Haares werden nämlich durch die Pilze derart verändert, dafs sie sich mit den basischen Farben stark färben, während diejenigen Haarstellen, an denen sich die Keime nicht finden, durch Pikrinsäure vollständig entfärbt werden.

Die Kulturen.

Zuerst habe ich die Kulturen auf Agar nach dem gewöhnlichen Verfahren kultiviert, indem ich kleine Stückchen der erkrankten Haare mit makroskopisch sichtbaren weifsen Pünktchen unmittelbar auf Agar verpflanzte. Dabei erhielt ich aber Kulturen, die mit Kokken verunreinigt waren, welch letztere wahrscheinlich das Wachstum der Bacillen verhinderten.

Um die Kokken zu töten, habe ich mich des nämlichen Verfahrens bedient, das mir bei der Kultur der Aknebacillen, zwecks Tötung der Kokken des Komedo, so gute Dienste geleistet hatte. (Vergl. *diese Zeitschr.*)

Verfahren mit absolutem Alkohol.

Man thut die kranken Haarstückchen mit den weifsen Pünktchen 5 bis 6 Tage lang in absoluten Alkohol und pflanzt sie dann unmittelbar auf Agar über. Da die Kokken durch den absoluten Alkohol getötet werden, so erhielt ich nunmehr eine Reinkultur der Bacillen unserer Trichorrhexis.

Nach 24—48 Stunden gewahrte man, wie der Agar in einem Umkreise von ungefähr 1 cm rings um das eingepflanzte Haarstückchen trübe und wolkig wurde, und dicht um das Härchen wuchs ein zarter, körniger, schmutzig weifsgrauer Saum von $^1/_4$ mm. Die wolkige Trübung des Agar nahm täglich zu, am dritten Tage war der ganze Agar bis auf den Grund des Reagenzgläschens trübe, während der weifse Saum, der das Härchen umgab, bis zu $^1/_2$ mm Dicke wuchs und die Aussaat ganz umschlofs. Über $^1/_2$ mm Dicke hinaus wuchs der Saum aber nicht, war vielmehr nach drei Monaten noch unverändert.

Von den hier gewachsenen Keimen erzeugte ich nun auf Agar und Gelatine eine zweite Kultur, indem ich mit einer Platinnadel ein wenig von der rings um das Haar gewachsenen Kolonie nahm und damit auf dem Agar frischer Röhrchen einige Striche zog, bezw. in Gelatine einstach. Die auf dem Agar gezogenen Striche zeigten das nämliche, schon geschilderte Aussehen. Nach 24 Stunden wurde der Agar in einem umgrenzten Umfang um die Striche trübe und wolkig, es bildete sich eine kleine weifsgraue Linie, die aus abgesonderten, runden Pünktchen bestand, die eine schmutzig weifsgraue Farbe wie Wachs-

tröpfchen hatten und teils getrennt blieben, teils zusammenflossen. Mikroskopisch erwiesen sich diese Punkte als kleine runde, dunkelgelbe Kulturen mit schwarzem, gleichmäfsig rundem Saum. Die Kulturen standen teils getrennt, teils flossen sie ineinander.

Nach 2 bis 3 Tagen war der ganze Agar trübe und, abgesehen von den Strichen, durchweg inficiert, indem sich hie und da, regellos verteilt, kleine Kulturen bildeten.

Diese Bacillen entwickeln also auf Agar folgende Eigenschaften: 1. Sie machen denselben in seiner ganzen Breite und Tiefe wolkig trübe. 2. Ihre Kolonien bestehen aus runden, weifsgrauen, schmutzig weifsen oder wachsfarbenen Punkten, die entweder getrennt bleiben oder, häufiger, zusammenfliefsen.

Die Stichkultur auf Gelatine hat gleichfalls ein charakteristisches Aussehen. Nach 24 — 48 Stunden entwickelt sich auf der Fläche der Gelatine um den Stichpunkt herum ein kleiner Haufen glänzender weifser Pünktchen wie ein Kranz von Perlen. Die weifsen Pünktchen erstrecken sich der Länge nach durch den ganzen Strich bis zum Boden des Röhrchens, sind aneinandergereiht, zum Teil zusammenfliefsend, zum Teil getrennt bleibend.

Nach zwei Tagen ist das Aussehen der Kultur verändert und höchst auffällig. Denn sowohl auf der Oberfläche, wie im Innern der Gelatine, strahlt von jedem der erwähnten weifsen Pünktchen nach aufsen ein System gekrümmter Linien aus, die trübe und wolkig erscheinen und in der Form einem kleinen Fächer oder einem kleinen Kegel mit leicht abgerundeter Basis, dessen Spitze in dem weifsen Pünktchen liegt, ähneln.

Alle diese Gruppen von Strahlen gleichen sich in der Form und sind nur gegen den Grund des Reagenzgläschens hin von geringerer Gröfse. Auf der Oberfläche der Gelatine befindet sich ein Häutchen von ungefähr 1 cm Durchmesser, dessen Mitte von einem kleinen Haufen der erwähnten weifsen Pünktchen eingenommen ist, während die Peripherie sich aus dem System gekrümmter welliger Strahlen bildet. Der Rand des Häutchens ist vollkommen regelmäfsig.

Ebenso bilden nun auch im Innern der Gelatine die Gruppen von Strahlen, die von den weifsen Pünktchen ausgehen, horizontale Schichten, die parallel übereinander gelagert sind. Und diese horizontalen Schichten, die von den einzelnen weifsen Pünktchen herkommen, bilden nun zusammen einen grofsen weifslichen Kegel, der die Mitte des Glases einnimmt und die Gelatine nicht verflüssigt.

Am folgenden, dem vierten, Tage, ist das Aussehen der Kultur wiederum verändert; es haben sich nun nämlich rings um die peripheren Enden der wolkigen Linien ebensolche glänzende weifse Pünktchen gebildet, wie sie eben beschrieben wurden, und zwar sowohl auf der Ober-

fläche wie im Innern der Gelatine. Durch diesen Vorgang gleicht das Aussehen der Kolonie schliefslich einem leidlich regelmäfsigen Kegel, der mit seiner Basis an der Oberfläche der Gelatine und mit seiner Spitze auf dem Boden des Glases steht. Das Zentrum dieses Kegels ist von der Basis bis zur Spitze von einer Linie durchsetzt, die aus glänzenden, weifsen, perlenartig aneinandergereihten Pünktchen besteht; die Mitte des Kegels setzt sich aus den wolkigen, strahligen Massen zusammen, die horizontal liegende Schichten bilden und allmählich zusammenfliefsen. An seiner Peripherie ist der Kegel wieder von einem einförmigen Mantel kleiner weifser Pünktchen umgeben, wie die sind, die in der Mittellinie verlaufen.

Dies ist das letzte Stadium des Wachstums der Kultur; sie verändert sich nun auch innerhalb eines ganzen Vierteljahres nicht weiter, nur zeigt die Gelatine nach ca. vier Wochen eine Spur von Verflüssigung.

Das Wachstum unserer Bacillen habe ich mittelst folgender fünf Färbungsarten studiert:

1. Färbung mit Karbolfuchsin, Fixation mit einer Lösung von Jod Wasserstoffsuperoxyd, Entfärbung mit Anilinöl.

2. Färbung mit Gentianviolett und Anilinwasser, Fixation mit einer Lösung von Jod H_2O_2, Entfärbung mit Anilinöl.

3. Färbung mit Karbolfuchsin, Entfärbung mit Anilinöl, Xylol a.

4. Färbung mit Methylenblau polychromicum (Unna), Entfärbung mit Wasser.

5. Färbung mit dem Löfflerschen Methylenblau, Entfärbung mit Wasser.

Nach 24 Stunden erscheinen die so gefärbten Bacillen unter dem Mikroskope folgendermafsen: Zuerst sieht man kleine Bacillen in Form von Stäbchen mit leicht abgerundeten Enden; sie sind 0,8—1 μ lang und $^1/_3$ μ breit und umgeben von einer hellen Zone von ungefähr $^1/_2$ μ Breite, sowie von einer feinen Membran, die sich nur mit Gentianviolett und Karbolfuchsin färbt, in Methylenblau aber farblos bleibt.

Diese Bacillen haben die Neigung, sich zu unregelmäfsigen Haufen zu vereinigen, und nehmen infolgedessen die eigentümlichsten Formen an, für die sich ein regelmäfsiger Typus nicht aufstellen läfst. Vielmehr sieht man das eine Mal diese Bacillen bald dichter, bald loser aneinandergereiht, wobei entweder jeder einzelne Keim von seiner hellen Zone und seiner feinen Membran umgeben bleibt, oder alle zusammen von einer einzigen hellen Zone und einer Membran umschlossen werden. Ein anderes Mal wieder bilden unsere Mikroorganismen Stäbchen von 2—4 μ Länge, indem zwei und mehrere Bacillen sich mit ihren Enden aneinander legen. Diese langen Stäbe sind gleichfalls von einer hellen Zone und einer feinen gefärbten Membran umgeben. Ferner vereinigen sich die Keime zu unregel-

mäfsigen Haufen, wobei sie bald weitschichtig, bald dichtgedrängt seitlich nebeneinander zu liegen kommen. Ein jeder dieser verschieden grofsen Bacillenhaufen ist von nur einer hellen Zone und einer sehr feinen, gefärbten Membran umschlossen. Je nach der Anzahl und der Gruppierung der Bacillen erhalten diese Gebilde die Form kleinerer oder gröfserer, mehr oder weniger kreisrunder Häufchen, oder auch sie ähneln kleinen Würstchen, Kügelchen u. s. w., oder es entstehen schliefslich auch sonst allerlei unregelmäfsige und schwer zu beschreibende Formen von ungefähr 2—20 μ Länge und darüber, bei einer Breite von 1—10 μ und darüber. Selbstverständlich handelt es sich weder bei diesen Gebilden noch bei den angegebenen Gröfsenverhältnissen um etwas Bestimmtes, um einen festen Typus; denn die Art und Weise der Gruppierung der Bacillen ist jedesmal eine andere, und ich habe nur einige der ersten Wachstumsformen dieser Bacillen herausgegriffen. Übrigens fährt der kleine Bacillus noch fort zu wachsen, bis zu 1,5 μ in die Länge und 0,7 μ in die Breite, seine helle, ihn umhüllende Zone beginnt sich zu färben und ist schliefslich vollkommen gefärbt.

Aber nicht immer wächst unser kleiner Keim zum Stäbchen aus, häufig rundet er sich auch ab und gewinnt Kokkenform, oder es entsteht eine Zwitterform beider Arten in Gestalt von dicken, unförmlichen Stäbchen.

Aus diesen Wachstumsbedingungen unseres Keimes erklärt sich demnach die Mannigfaltigkeit der Gestalten, die er durch ungleichmäfsige Anschwellung und durch Färbung der ihn umgebenden Zonen annehmen kann. So entsteht, wenn die Bacillen, wie erwähnt, übereinander gelagert sind und zu kleinen runden Körperchen auswachsen, die Rosenkranzform der Streptokokken, während sie bei vollständiger Färbung ihrer Schleimhüllen ähnlich der Ketten von Favussporen erscheinen. Dabei läfst sich in diesen Gebilden häufig ein zentraler, dunkler gefärbter Teil (der geschwollene Bacillus) von einem heller gefärbten Teile (der umgebenden Zone) unterscheiden.

Wenn aber jene langen, vorhin erwähnten Stäbe von 3—4 μ Länge, die aus der Angliederung der Bacillen entstehen, noch weiter in die Länge und Breite wachsen und ihre Schleimhüllen sich färben, so erscheinen sie als kleine eiförmige oder cylindrische Massen von 4—5 μ Länge und 2,5 μ Breite.

Und was wird aus den grofsen, früher beschriebenen Haufen von Bacillen, in denen diese letzteren regellos bald lockerer, bald dichter nebeneinander liegen? Hier schwellen die Bacillen ungleichmäfsig an, die eine, grofse, den gesamten Haufen umgebende Hülle färbt sich, und so entstehen gefärbte, verschieden grofse Klumpen von unregelmäfsiger Gestalt, die rund, eiförmig, kugelförmig, cylindrisch, wurstförmig u. s. w. sein

können, kurz: gefärbte Klümpchen in allen möglichen Formen von ungefähr 2—20 und 30 μ Länge und 1—10 μ Breite und darüber.

Auch in diesen Klümpchen lassen sich häufig noch dunkler und heller gefärbte Teile unterscheiden; die ersteren entsprechen den geschwollenen Bacillen, die letzteren den sie umgebenden Zonen.

Aus dieser Darstellung lernt man verstehen, woher diese Klümpchen alle möglichen Gestaltungen und Gröfsen annehmen können. Das alles hängt, wie schon erwähnt, von der Zahl und Gruppierung der Bacillen, von ihrem ungleichmäfsigen Wachstum, sowie von der Färbung der sie umgebenden Hüllen ab.

Gerade diese gefärbten Massen finden sich häufig bei der hier besprochenen Trichorrhexis auf den Haaren, und ich gewann erst nach dem Studium der Kulturen einen Einblick in ihre Natur. Man erhält diese Gebilde übrigens nur bei Färbung mit Karbolfuchsin und Gentianaviolett. Bei Färbung mit Methylenblau gewähren sie einen ganz anderen, aber ebenfalls interessanten Anblick.

Die den vereinzelten Bacillus umgebende Schleimhülle, desgleichen die Bacillenhaufen färben sich nicht mit Methylenblau, so dafs man das ungleichmäfsige Wachstum der Bacillen und das Zustandekommen der Klümpchen nur bei vollkommener Färbung mit Gentianaviolett oder Karbolfuchsin erfolgreich studieren kann.

In den Methylenblau-Präparaten gewahrt man: 1. kleine, zarte Stäbchen hie und da verstreut; 2. die nämlichen kleinen Stäbchen der Länge nach gelagert; 3. lange Stäbchen, die durch eine Angliederung der Bacillen aneinander entstanden sind; 4. geschwollene Bacillen in Form plumper Stäbchen; 5. geschwollenene Bacillen in Form mehr oder weniger runder Kokken, die bald getrennt, bald der Länge nach gelagert sind; 6. endlich verschieden grofse Haufen ungleichmäfsig geschwollener Bacillen in Form plumper Stäbchen, Kokken u. s. w., die regellos neben- und durcheinander liegen.

Bei allen diesen Formen werden die einzeln stehenden Bacillen deutlich erkennbar von — hier nicht gefärbten — Zonen eingehüllt; desgleichen sind die grofsen Bacillenhaufen von hellen Schichten umgeben, und auch im Innern dieser Haufen finden sich kleinere Zonen regellos verteilt zwischen den Bacillen. An der Hand zweier entsprechender Präparate, die mit Methylenblau, bezw. mit Gentianaviolett oder Karbolfuchsin gefärbt sind, kann man konstatieren, dafs die unförmlichen Klumpen in letzteren nichts weiter sind, als Haufen geschwollener und regellos gruppierter Bacillen mit den sie einschliefsenden gefärbten Zellenhüllen.

Schliefslich ist noch eine besondere Eigenschaft dieser Keime zu erwähnen, die nach 24 Stunden auftritt. Verschiedene der geschwollenen

Bacillen enthalten alsdann nämlich kleine Hohlräume in ihrem Innern, wodurch sie wie durchlöchert erscheinen. Dies Verhalten tritt bei allen fünf erwähnten Färbungsarten gleichmäfsig deutlich hervor.

Bei der Untersuchung nach 48 Stunden bieten diese Keime wieder ein anderes Bild dar. Erstens sind dann die meisten Bacillen unregelmäfsig geschwollen. Das Nämliche gilt aber auch von den Bacillenhaufen, die infolgedessen dicht gedrängt nebeneinander stehen und miteinander zu mehr oder weniger grofsen und unregelmäfsigen, gleichmäfsig gefärbten Massen verschmelzen deren gemeinschaftliche Hülle durch Methylenblau nicht gefärbt wird, während sie bei Färbung mit Gentianaviolett oder Karbolfuchsin stark mitgefärbt wird und daher von den Bacillenklumpen nicht zu unterscheiden ist.

Zweitens haben fast sämtliche geschwollene Bacillen in ihrem Innern Hohlräume und leere ungefärbte Stellen, die verhältnismäfsig gröfser sind, als die in den ersten 24 Stunden wahrgenommenen. Auch die umhüllende und durch und durch gefärbte Schleimhülle durchsetzt sich nach und nach mit Hohlräumen. Zuerst zeigen sich um den geschwollenen und bereits vakuolisierten Bacillus Höhlungen von unregelmäfsiger Gestalt hie und da verstreut. Dieselben flieſsen zusammen, während gleichzeitig die umgebende Zone zerfällt und nur kleine Pünktchen und färbbare Trümmer zurückläfst. Schliefslich hat gleichzeitig eine Entleerung und eine Entblöfsung des geschwollenen Bacillus statt, er wird seines Inhalts und seiner hüllenden Zone beraubt, so dafs nur noch seine zarte, färbbare Kontur übrig bleibt. Endlich entfärbt sich auch diese, wird unsichtbar, und damit hat der ganze Bacillus aufgehört zu sein.

Diese Art des Zerfalles wiederholt sich bei allen Formationen unseres Keimes, und hat man dies erst einmal erkannt, so begreift man auch die wunderlichen Gestalten, in denen der Bacillus uns bei den verschiedenen erwähnten Formen entgegentritt, wobei die verschiedenen Stadien des Zerfalles, wie eben geschildert, durchlaufen werden. Im weiteren Verfolg sieht man, wie die Kettenformen unseres Organismus, die mit Streptokokken, Favussporen u. s. w. verglichen wurden, in ihrem Innern verschieden grofse Höhlungen enthalten, wie sie sich dann teilweise oder ganz entfärben, bis schliefslich nur noch die Konturen sichtbar bleiben. Das Gleiche gilt von den Bacillenhaufen, deren Länge zwischen 3—30 μ schwankt und die die verschiedensten unregelmäfsigen, bald runden, bald eiförmigen, kugelförmigen, wurstförmigen u. s. w. Figuren bilden. Auch hier bilden sich im Innern mehr oder weniger grofse Höhlungen, die Gebilde zerfallen, einzelne Trümmer bleiben noch gefärbt, aber auch diese sind am dritten Tage vollkommen verschwunden.

Bei einer Beobachtung der Bacillen, die durch neun Tage hintereinander fortgesetzt wurde, fanden sich immer nur die nämlichen, mehrfach

erwähnten Formen; nur wurden der jüngeren Gebilde von Tag zu Tag weniger, während die chronischen Gebilde, — d. h. die plumpen, völlig gefärbten oder schon vakuolisierten und zerfallenden Massen — mehr und mehr zunahmen. Ich habe die Organismen 3—4 Monate lang beobachtet und bin während dieser Zeit auch auf homogene, abgeblafste, gewissermafsen entfärbte Massen gestofsen, desgleichen auch auf Trümmer, die ganz unverkennbar waren. Daneben bestehen noch vereinzelte junge Bacillen und jüngere Formen, die zeigen, dafs der Keim noch nicht abgestorben ist. Dieselben vermehren sich auch auf frischem Nährboden sehr oft.

Die Vermehrung geschieht durch Spaltung der Bacillen; die letzten Trümmer und Bruchstücke der zerfallenen Massen machen aber keinen Verjüngungsprozefs durch, denn, wie schon erwähnt, je älter die Kultur wird, und je mehr die Formen zerfallen, um so mehr nimmt die Zahl der Bacillen ab.

Die Untersuchung hat uns also kleine Bacillen kennen gelehrt, die von einer hellen Zone und von einer zarten, gefärbten Membran umgeben sind. Sie besitzen die Eigenschaft, sich zu Haufen von allen möglichen Formen zu gruppieren, sie dehnen sich ungleichmäfsig zu grofsen Stäbchen, Pseudo-Kokken, Pseudo-Hefepilzen u. s. w. aus, einzelne von ihnen fliefsen zusammen, ihre Zonen färben sich, und auf diese Weise entstehen gefärbte Massen von verschiedener Gröfse und unregelmäfsiger Gestalt. Im weiteren Verlaufe vakuolisieren sich dann sowohl die einzelnen geschwollenen Bacillen, wie auch die Bacillenhaufen, und weisen Hohlräume in ihrem Innern und in ihren Zonen auf; sie bilden alsdann grofse Massen von allen möglichen Formen und Gestalten, die zum Teil so verzerrt sind, dafs sie sich gar nicht beschreiben lassen; und gerade diese letzteren Formen finden sich häufig auf den Haaren. Endlich blassen diese Klümpchen ab, verlieren ihre Färbung, und es bleiben nur einzelne Bruchstücke von ihnen nach, die schliefslich auch verschwinden.

Der Bacillus ist ganz eigenartig und von einem Tage zum anderen so verändert, dafs man ihn kaum wiedererkennen kann; und wäre ich nicht durch den Augenschein überzeugt worden, so hätte ich seine proteusartige Verwandlungsfähigkeit gar nicht für möglich gehalten. Aber ich habe mehr als 30 Kulturen angelegt und immer im Auge behalten und verfüge über mehr als 100 Präparate, mit Hülfe deren ich den Bacillus untersucht habe.

Als Namen schlage ich für diesen Mikroorganismus, der in der Form von Pseudo-Kokken und Pseudo-Hefepilzen, von regelmäfsigen und unregelmäfsigen Stäbchen, von Hohlkugeln, Kügelchen, Flaschen (selten), Würstchen von verschieden grofsen und formlosen Klümpchen auftritt, die Bezeichnung: „Bacillus multiformis Trichorrhexidis“ vor.

Impfversuche mit dem Bacillus multiformis Trichorrhexidis.

Ich war in der glücklichen Lage, ein 15jähriges Mädchen mit unserem Bacillus impfen und sie mehrere Monate lang beobachten zu können.

Die Art der Impfung.

Nachdem ich die Gelatinekultur des Bacillus geschmolzen hatte, habe ich die Haare des Mädchens, und namentlich die Spitzen derselben, stellenweise aber auch den Wurzeln näher liegende Teile, damit bestrichen.

Schon nach drei Tagen gewahrte man hie und da an den Haaren ganz feine, kaum erkennbare, weifsgraue Pünktchen. Nach sechs Tagen traten sie schon deutlicher hervor, und die Haare liefsen sich da, wo sie safsen, in einen spitzen Winkel umknicken, so zwar, dafs das weifse Pünktchen auf der Spitze safs. Viele Haare brachen an dieser Stelle auch von selber oder bei leichtem Zug, beim Kämmen z. B., ab, und auf der Spitze des nachbleibenden Haarstumpfes fand sich dann immer das weifse Pünktchen. Daneben liefs sich aber auch die unregelmäfsige Spaltung der Haare in ungleich grofse und dicke Zweige beobachten. Von Tag zu Tag gewannen diese drei Vorgänge, das Brüchigwerden, sowie die Spaltung der Haare und die Bildung weifser Pünktchen an Umfang. Dabei drangen die Spaltung der Haare und die Bildung weifser Pünktchen immer weiter nach abwärts zur Haarwurzel, ohne sich indes mehr als 10—12 cm von ihrem Ausgangspunkte zu entfernen. Nach einem Monat liefs sich die überimpfte Trichorrhexis von einer primär entstandenen nicht mehr unterscheiden. Die einzige Abweichung zwischen beiden bestand darin, dafs sich bei der überimpften Form die weifsgrauen Pünktchen nebst Brüchigwerden der Haare auch dichter bei den Haarwurzeln fanden. Das hatte seine Erklärung aber darin, dafs wir ja absichtlich auch die tiefer stehenden Haarteile geimpft hatten, eben um zu erfahren, ob die Trichorrhexis, entgegen ihrem sonstigen Verlaufe, auch näher am Haarboden gedeiht, da ja in den von selbst entstandenen Fällen der Prozefs nur im oberen Drittel, häufig sogar nur in den äufsersten Haarspitzen sich abspielt.

Bei der mikroskopischen, nach drei Tagen vorgenommenen Untersuchung sah man an den Stellen, wo die makroskopisch kaum wahrnehmbaren weifsen Pünktchen safsen, folgendes: Die Cuticula war gespalten, das Haar wulstig und gleichfalls im Beginn fibrillärer Spaltung. Bei einer mikroskopischen Untersuchung nach sechs Tagen, wo das weifse Pünktchen klinisch schon etwas deutlicher sichtbar war, erschien das Haar in einzelne verfilzte Fasern gespalten. Hierdurch ist seine grofse Brüchigkeit bedingt. Ist das Haar gebrochen, so gewahrt man auf der Spitze des nachbleibenden Stumpfes unter dem Mikroskop eine Gruppe besenförmig herabhängender Fibrillen, entsprechend dem kleinen weifsen Pünktchen, das makroskopisch wahrnehmbar ist. Die mit bloſsem Auge erkenn-

bare Spaltung des Haares in ungleiche Zweige erweist sich mikroskopisch als herrührend von der Auflockerung des Haares in seiner Cuticula, seiner Rinden- und häufig auch in seiner Marksubstanz. Die einzelnen Zweige sind ganz ungleich und an der Spitze häufig ausgefasert.

Was nun den Bacillus multiformis Trichorrhexidis anbelangt, so findet man ihn auf den geimpften Haaren in allen den durch die Faserung entstandenen Spalten des Cuticulums, auf den gewulsteten und in Fasern aufgelockerten Haarteilen, auf den kleinen Besen, auf allen den ungleichen Verästelungen, die aus der Spaltung der Haare hervorgehen, kurz an allen erkrankten Stellen. Und zwar trifft man sämtliche früher erwähnten Formen des Mikroorganismus an, die kleinen, nicht geschwollenen Bacillen sowohl, wie die kokkenartig u. s. w. angeschwollenen; die runden Kettenformen (Pseudo-Streptococci, Pseudo-Favussporen); die unregelmäfsigen Stäbchen; die verschieden grofsen und verschieden gestalteten Klümpchen, bald rund, bald kugel-, bald flaschen- (selten), bald wurstförmig, grofse, gleichförmig gefärbte Klümpchen; schliefslich alle weiteren Gebilde, die aus dem Verfall der eben aufgezählten Formen hervorgehen, abgeblafste, vakuolisierte Formen und Bruchstücke mit einzelnen, nur noch färbbaren Trümmern. Mit einem Wort, ich habe auf den geimpften Haaren nur die verschiedenen, schon geschilderten Formen des Bacillus multiformis, niemals aber die Spur eines anderen Pilzes gefunden. Der Bacillus multiformis der Trichorrhexis findet sich immer auf den beschädigten und erkrankten Haaren, an den gesunden Stellen aber niemals, abgesehen vielleicht von einigen Vorposten an den Grenzen. Die befallenen Haarteile sind derartig verändert, dafs sie die Färbung mit basischen Farben trotz langdauernder Entfärbung bewahren — im Gegensatze zu den gesunden Haaren, die sich in Pikrinsäure völlig entfärben.

Nach alle dem Mitgeteilten dürfen wir demnach die Behauptung aufstellen, dafs die in Frage stehende Trichorrhexis eine parasitäre, übertragbare Krankheit sei.

Nun entsteht aber die Frage, ob diese Form mit dem in Europa als Trichorrhexis nodosa bekannten Haarleiden identisch ist. Diese Frage sei hier indes nur angedeutet, da zu ihrer Lösung noch weitere Untersuchungen nötig sind. Einstweilen sei nur so viel bemerkt: Die Trichorrhexis nodosa ist bis jetzt hauptsächlich nur im Barte beobachtet worden, wogegen ich das hier von mir beschriebene Leiden in den Barthaaren noch nicht angetroffen habe. Dasselbe findet sich, wie erwähnt, sehr häufig in den Haupthaaren der Konstantinopeler Damen; es besteht aus kleinen Wulstungen der Haare in Form ganz kleiner weifsgrauer Pünktchen, die nur bei scharfem Zusehen erkannt werden, die oft im äufsersten Drittel oder dicht an den Spitzen der Haare sitzen und mit denen eine Spaltung der Cuticula, der Rinden- und Marksubstanz der Haare verbunden sein kann,

wodurch alsdann eine unregelmäfsige Zweigbildung entsteht. Auch an den Zweigen lassen sich die kleinen weifsen Pünktchen oft wieder nachweisen. Die zwischen diesen letzteren gelegenen Haarteile sind abnorm verändert, indem sie unregelmäfsig gefasert erscheinen. Bei der Trichorrhexis nodosa sind dagegen, nach der Beschreibung von KAPOSI, die zwischen den trichorrhagischen Knötchen sich befindenden Stellen unverändert. (Übersetzung des KAPOSI von BESNIER und DOYON. Bd. II. S. 227.)

Ich halte daher diese beiden Formen, solange über ihre Identität noch nichts feststeht, voneinander getrennt, hoffend, dafs meine zu diesem Zwecke unternommenen bakteriologischen Untersuchungen zu einem bestimmten Ergebnisse führen werden.

Nachschrift. Bei Vornahme der vorstehend beschriebenen Untersuchungen habe ich mich zur Färbung der Haare im Beginn ausschliefslich der Jodmethode bedient. Später glückte es mir, verschiedene Verfahren ausfindig zu machen, die noch praktischer sind, indem sie schneller zu einem eindeutigen Ergebnis führen. Ich lasse hier eine kurze Beschreibung der verschiedenen Färbungsarten, die ich empfehlen möchte, folgen.

Das Verfahren mit LÖFFLERschem Methylenblau.

a) Man läfst die Haare drei Minuten lang in dem LÖFFLERschen Methylenblau liegen, wäscht alsdann einige Sekunden mit Wasser, bringt sie in eine 1%ige alkoholische (absoluter Alkohol) Pyrogallollösung, worin man sie 1—2 Minuten läfst, bis sie genügend entfärbt sind, spült in absolutem Alkohol ab und hellt sie schliefslich in Bergamottöl auf.

b) Man läfst die Haare drei Minuten im LÖFFLERschen Methylenblau, bringt sie darauf in eine 5%ige wässerige Recorcinlösung, trocknet, entfärbt mit Anilinöl, wäscht in Xylol und kann sie nun noch, wenn man will, in Bergamottöl aufhellen.

c) Man färbt die Haare zuerst wieder drei Minuten lang mit LÖFFLERschem Methylenblau, bringt sie dann in eine 1%ige Lösung von Kalium bioxalicum, spült in Wasser und dann in absolutem Alkohol ab und hellt sie schliefslich in Bergamottöl auf.

Durch die Färbung der Haare mittelst dieser drei Methoden wird der Bacillus multiformis der Trichorrhexis sehr schön erkennbar; nur wolle man nicht vergessen, dafs hierbei die Zonen, welche die verschiedenen Formen des Bacillus umhüllen, ungefärbt bleiben, so dafs beträchtliche Abweichungen von den Bildern entstehen, wie man sie bei Färbung mit Gentianaviolett erhält.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Erklärung der Tafel.

Fig. 1. **Reinkultur des Bacillus multiformis der Trichorrhexis nach 24 Stunden, mit Karbolfuchsin gefärbt. Man sieht:**

1. den Bacillus multiformis der Trichorrhexis in gewöhnlichem Zustande, d. h. in Form kleiner Stäbchen, die von einer hellen Zone und einer feinen gefärbten Membran umgeben sind; diese Bacillen stehen vereinzelt oder zu kleinen Haufen vereinigt;

2. die nämlichen Bacillen in mehr oder weniger unregelmäfsig geschwollenem Zustande, aber noch von ihrer hellen Zone umgeben;

3. die nämlichen Bacillen geschwollen und die sie umgebenden Zonen völlig gefärbt. Sie stehen entweder getrennt voneinander oder zu mehr oder weniger vielen Individuen vereinigt und bilden dann ganz gefärbte Massen von vielfältiger, unregelmäfsiger Gestalt, je nach der Zahl und der Gruppierung der geschwollenen Bacillen;

4. einzelne geschwollene Bacillen mit Hohlräumen in ihrem Innern.

Fig. 2. Reinkultur des Bacillus multiformis der Trichorrhexis mit Methylenblau gefärbt.

1. Die normalen Bacillen, einzeln oder in Haufen, mit ihren hellen Zonen; die zarte Membran ist nicht gefärbt.

2. Die nämlichen Bacillen ungleichmäfsig geschwollen, einzeln oder zu Haufen vereinigt, mit ungefärbten Zonen (entgegen dem Verhalten bei Karbolfuchsin). Diese Haufen geschwollener Bacillen entsprechen den völlig gefärbten Massen der Fig. 1.

3. Einzelne geschwollene Bacillen mit Hohlräumen in ihrem Innern.

Fig. 3. Reinkultur der Bacillen nach vier Tagen, mit Methylenblau gefärbt.

1. Die meisten der geschwollenen Bacillen sind zu Haufen vereinigt, mit einander verschmolzen und bilden formlose Massen; ihre Zonen sind hier nicht gefärbt.

2. Einzelne der geschwollenen Bacillen und der formlosen Massen enthalten Höhlungen in ihrem Innern, d. h. sie fangen an zu zerfallen.

Fig. 4. Reinkultur der Bacillen nach fünf Tagen, mit Karbolfuchsin gefärbt.

1. Die formlosen Massen der geschwollenen Bacillen mit ihren Zonen sind hier gefärbt. Fast alle diese Massen sind in ihrem Innern von Höhlungen durchsetzt und in Trümmer zerfallen.

2. Sehr wenige junge Formen.

Fig. 5. Natürliches Haar der Trichorrhexis (mit Ölimmersion), mit Gentianaviolett gefärbt.

1. Einzelne Formen des Bacillus; bei den meisten der geschwollenen Bacillen sind die umgebenden Zonen gefärbt; sie stehen vereinzelt oder in verschieden grofsen Haufen und bilden formlose, völlig gefärbte Massen.

2. Zerfallende Massen, d. h. mit verschieden grofsen Hohlräumen in ihrem Innern. (Vergl. die Anmerkung.)

Fig. 6. Haar einer Impf-Trichorrhexis, mit Gentianaviolett gefärbt. Man sieht verschiedene Formen des Bacillus aus den Kulturen und dem Haare der primären Trichorrhexis. (Vergl. die Anmerkung.)

Fig. 7. Haar der primären Trichorrhexis bei schwacher Vergröfserung gesehen und mit Gentianaviolett gefärbt. (Vergl. die Anmerkung.)

Fig. 8. Reinkultur des Bacillus multiformis der Trichorrhexis; Gelatinstich.

Anmerkung. Die Figuren *5*, *6* und *7* sind mit derselben Farbe wie die Figuren *2* und *3* gefärbt, nämlich mit Blau statt mit Violett, um eine neue Violettfarbe zu sparen und eine unnütze Ausgabe zu vermeiden. In den Präparaten sind die Figuren *5*, *6* und *7* selbstverständlich mit Gentianaviolett gefärbt.

Ein neues Teerpräparat.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Dr. L. Fischel-Berlin.

Die Unbequemlichkeiten bei der Anwendung der bisher bekannten Teermittel, namentlich in Fällen, wo es sich um ausgedehntere Erkrankungen der Haut handelt, haben mich veranlafst, ein neues Teerpräparat herzustellen, welches bei leichtester Anwendungsweise eine raschere Wirkung als die sonst üblichen Mittel hervorbringt, ohne die Gefahr der Intoxikation zu bieten.

Die Bestandteile dieses Präparates sind:

Der Steinkohlenteer, in Lösung gebracht durch ein Verfahren, welches es ermöglicht, den Teer bis auf geringe Spuren zu lösen, so dafs hierdurch — sowie auch durch den geringeren Preis — ein bedeutender Vorzug vor dem englischen Geheimmittel Liquor carbonis detergens gewonnen wird, welches nur eine partielle Auflösung des Teers in Spiritus darbietet. Dieser Teerlösung sind dann noch Schwefel, Resorcin und Salicylsäure beigefügt unter chemisch-physikalischen Mafsnahmen, welche unerwünschte Verbindungen dieser Mittel verhindern und es gleichzeitig ermöglichen, dieselben in zweckmäfsiger und konstanter Menge hinzuzusetzen.

Da nun dieses Mittel infolge seiner Zusammensetzung bei mehrmaliger Anwendung eine Desquamation der Epidermis und bisweilen nach häufigerem Gebrauch bei empfindlichen Patienten eine mäfsige entzündliche Reaktion hervorruft, so habe ich gleichzeitig für diejenigen Fälle, bei welchen eine derartige Wirkung nicht erwünscht ist, das obige Teerpräparat auch rein, ohne die genannten Zusätze, hergestellt.

Abgesehen von dem therapeutischen Wert der beiden Präparate, besteht ihr Vorzug vor den anderen bekannten Teermitteln in der dünnflüssigen Form, welche durch einfaches Auftragen mittelst eines gewöhnlichen Haarpinsels ihre homogene Verteilung auf selbst grofse Flächen gestattet, wie sie beim Oleum rusci, Oleum cadini, Oleum fagi nie möglich ist, abgesehen von den Unbequemlichkeiten, welche die Anwendung dieser Präparate überhaupt mit sich bringt. Sodann verdunsten sie sofort auf der Haut und gestatten dadurch den Patienten, alsbald ihrer Beschäftigung wieder nachzugehen ohne lästige Verbände, wie sie die Teerpasten und -salben notwendig machen. Durch diese Ersparnis der Verbände aber, sowie durch die relativ geringe Quantität, welche man zur Bepinselung

selbst gröfserer Hautflächen gebraucht, stellen sie sich auch billiger als die anderen Mittel, was ein nicht zu unterschätzender Vorzug namentlich für die Kassenpraxis ist.

Meine klinischen Versuche sind noch nicht völlig abgeschlossen, und behalte ich mir vor, über meine Erfahrungen bei der Anwendung dieser Präparate, welchen ich den Namen „Liquor anthracis simplex (Fischel)“ und „Liquor anthracis compositus (Fischel)“ gegeben habe, in einer der nächsten Sitzungen der „Berliner Dermatologischen Vereinigung“ zu referieren.

Aus dem Institute für pathologische Anatomie der königl. Universität zu Genua.

Multiple Neurofibrome der peripherischen Haut- und Muskelnerven mit Fibroma molluscum.

Von

Prof. Vincenzo Brigidi,
Direktor des Institutes.

(Mit Tafel II.)

Einleitung.

Das Nervensystem ist wegen der ihm im Organismus zugewiesenen erhabenen und edlen Funktionen zu Reproduktionsphänomenen wenig geeignet, deshalb sind Neoplasmen wirklichen Nervengewebes selten.

Was wir mit dem Namen Nerventumor oder Neurom zu bezeichnen pflegen, ist gewöhnlich eine abnorme Vegetation der den Nerven eigenen Konnektivs, welche oft vom Endoneurium, oft vom Perineurium, auch vom Epineurium, auch zuweilen von allen diesen drei Stellen zugleich, beginnen kann.

Die Nervenfasern pflegen nicht nur an der Neuroplasie nicht teilzunehmen, sondern sie verschwinden gewöhnlich nach und nach infolge von einfacher oder degenerativer Atrophie.

Die neoplastischen pathologischen Prozesse in den Nerven beschränken sich jedoch nicht auf das Hervorbringen von auf ihre besonderen Funktionen bezughabenden Störungen und auf mechanische Vorgänge, wie Verschiebung und Druck benachbarter Teile, sondern sie veranlassen oft erzeugende Irritation der Zellen des umgebenden Bindegewebes, woraus morböse Formen entstehen, deren Aussehen, je nach ihrem Sitze und ihrer Ausdehnung, sowie nach dem Entwickelungsgrade des neoplastischen Gewebes verschieden ist.

Im vorliegenden Aufsatze werde ich Gelegenheit haben, die Richtigkeit dieser Behauptung nachzuweisen, welche durch ihre Beständigkeit Fundamentalregeln der Pathologie bilden.

Krankengeschichte.

Der Kürze halber beschränke ich mich auf einen blofsen Auszug aus der Krankheitsgeschichte des Patienten, welcher das Material für diese Untersuchung geliefert hat.

Die Krankheit entwickelte sich an einem 64 Jahre alten Landmanne, Antonio Luigi. Derselbe zeigte seit der Geburt Pigmentflecken am Rücken, und während seiner Kindheit bildeten sich kleine Tumoren auf der Haut des linken Armes. Im 54. Lebensjahre begannen andere kleine Tumoren an anderen Körperteilen zu erscheinen, und binnen zehn Jahren, d. h. bis zu seiner Aufnahme in das Krankenhaus, entwickelten sich deren viele Hunderte. Die kleineren dieser Tumoren waren hart, von den gröfseren waren die einen schlaff, andere dagegen in den zentralen Teilen weichlich, an der Peripherie hart. Die meisten waren ungestielt, andere gestielt, und letztere waren die gröfseren. Ihr Volumen war sehr verschieden; die kleinsten erhoben sich kaum über die Oberfläche der Haut, waren mehr durch Betasten zu entdecken, als sichtbar; die umfangreichsten erreichten die Gröfse eines Taubeneies, doch von diesen gab es wenige, denn die meisten waren grofs wie Kirschen.

Die Haut zwischen den Neoplasmen war braun und mit kleinen runden oder ovalen, hell oder sehr dunkel kaffeebraunen und bis sepiaschwarzen Flecken besät, in der Gröfse von Mandeln, Linsen oder auch kleiner, wie Punktierung aussehend.

Die linke Gesichtshälfte war mit einem grofsen, unregelmäfsig ovalen Geschwür behaftet, in seinem Maximaldurchmesser, schief von innen nach aufsen und von unten nach oben gemessen, breiter als ein Thaler. Die Ränder des Geschwüres waren stellenweise nach aufsen gestülpt, vegetierend, weichlich, sehr vaskularisiert und leicht blutend. Der Boden derselben war ebenfalls unregelmäfsig, anfraktuös, von schmutzig grauer Farbe und von einer trüben, übelriechenden, dünnen Flüssigkeit benäfst. Hie und da zeigten sich einige morböse Vegetationen, deren rosa gefärbte Scheitel gegen den grauen Boden des Geschwürs bemerkbar hervortraten.

In der Gegend des Malaris und der aufsteigenden Apophysis war der Knochen blofsgelegt. Der Boden der Augenhöhle war von einem grofsen Klumpen grauen Gewebes von fast fibröser Konsistenz ausgefüllt und weiter oben zurückgedrängt, und unter starken morbösen Vegetationen verborgen befand sich das Auge. Dieser umfangreiche Substanzverlust interessierte die zygomatische Region und die suborbitale Region, die

linke Hälfte der Nase und der Oberlippe, wogegen die Cartilago septi und der untere Rand des linken Nasenflügels unversehrt blieben.

Der Patient war beschränkter Intelligenz, läppisch und langsam im Antworten; er starb an Lungenkrankheit.

Sektionsbericht.

Die Autopsie wurde am 8. Mai 1891 vorgenommen, 24 Stunden nach Eintreten des Todes.

Der Leichnam zeigte keine Zersetzungserscheinungen. Die Haut konnte in breiten Falten emporgehoben werden, und auf ihr bemerkte man die oben erwähnten Tumoren und die abnorme Pigmentation. An einigen Stellen, wie am Halse, hatte letztere eine gewisse Ähnlichkeit mit Xeroderma wegen des Zusammenfliefsens, der Gröfse, der Form und der Farbe der Flecken. Die subkutane Fettschicht entbehrte fast gänzlich des Fettes. Der Substanzverlust auf der linken Wange erschien umfangreicher und tiefer, als bei der objektiven Untersuchung des Kranken. Derselbe erstreckte sich vom Bogen der Augenbraue zur Oberlippe und von der Mittellinie der Nase zum Mittelpunkte der zygomatischen Region und mafs 10 cm im Maximaldurchmesser, $5^1/_2$ cm im Minimaldurchmesser und 4 cm Maximaltiefe. Der Augapfel war nach oben und aufsen gedrängt und schien auf den ersten Blick zu fehlen, da er unter umfangreichen, fleischigen, aus weichem Gewebe bestehenden, in den oberflächlichen Schichten bereits in nekrobiotischer Zersetzung befindlichen Vegetationen versteckt war. Der erwähnte Substanzverlust interessierte nicht nur die Haut, sondern alle Gewebe der Region, den Knochen inbegriffen, so dafs die linke Nasenhöhle zum grofsen Teile bloßgelegt war, da deren ganze äufsere Wand fehlte, vom unteren Rande des Nasenflügels bis zur Nasenwurzel. Der Nasenrücken und für ca. 2 cm auch das vordere Segment der äufseren Wand der rechten Nasenhöhle, waren durch den ulcerösen Prozefs zerstört worden, so dafs die Cartilago septi und der Vomer sichtbar waren, beide am vorderen Rande ziemlich stark angefressen. Das Malare zeigte sich ebenfalls im äufseren Segmente vom Geschwüre angegriffen.

Der Klumpen, welcher sich aus dem Boden der Augenhöhle erhob, hatte die Gröfse einer Nufs; gespalten, zeigte sich die Oberfläche des Schnittes aus einem in der Nähe der Ränder gräulich weifsen, in den zentralen Teilen blendend weifsen Gewebe bestehend, in welchem sich Fragmente von Knochengewebe eingebettet befanden und in welchem sich der suborbitale Nerv, bereits in Beziehung mit der Masse des Tumors, zu verlieren schien.

Vom linken Oberkiefer blieb nicht mehr übrig, als der Gaumenteil und der alveoläre Bogen.

Schädeldecke: Oval geformt, von normalem Umfange mit spärlicher Diplois und Synostose aller Nähte. An den Seiten der Pfeilnaht tiefe Gruben, entsprechend den hypertrophischen Pacchionischen Drüsen.

Dura mater: Gespannt, glanzlos, beträchtlich stärker als normal, in der oberen Längsbuchtung ein langes fibrinöses Blutcoagulum mittlerer Dicke, in den anderen Buchtungen flüssiges schwarzes Blut, nicht besonders reichlich.

Piae meninges: Dünn, transparent, mit hervortretenden starken, von flüssigem Blute erheblich angeschwollenen nervösen Verästelungen. Diesem leichten Grade von passiver Hyperämie entsprach mittelmäfsig reichliches Überfliefsen von Serum in die Maschen der Pia.

Gehirn: Keine erwähnenswerte Besonderheit an der Oberfläche. In den seitlichen Ventrikeln ca. 8 g klaren gelben Serums. Die Nervensubstanz sowohl der Rinde, als des Markes blafs, leicht glänzend, von beiläufig normaler Konsistenz; nichts Krankhaftes an den inneren Ganglien, im dritten und vierten Ventrikel, im kleinen Gehirn, in den Pedunkeln, in der Protuberanz und im Markfortsatze, mit Ausnahme der oben erwähnten Bläse.

Brusthöhle: Von normaler Gestalt, nicht sehr geräumig. Bei deren Öffnung fand man die Lungen an den Rändern in Verbindung mit der kostalen und mediastinischen Pleura, nach oben die Area cardiaca etwas mehr als gewöhnlich unbedeckt lassend; die Verbindung war zäh, fibrös, besonders an den Lungenspitzen, und erstreckte sich seitlich nach unten und nach rückwärts bis zur Wirbelsäule.

Linker Lungenflügel: Geräumige Höhlen an der Spitze und an beiden Lappen stellenweise mit Tuberkeln bestreut. Das Lungenparenchym kongestioniert, ödematös, besonders am unteren Lappen. In der Nachbarschaft der Höhlen entdeckte man mehr oder weniger umschriebene, schieferfarbige, fibröse Verhärtungen und broncho-pneumonische Tuberkelherde, davon einige kascificiert. In den Bronchien viel Muco-Pus, und die Schleimhäute geschwollen und stark gerötet. Einige Bronchien ektasiert.

Rechter Lungenflügel: Analoge Veränderungen, aber in geringerem Grade.

Pericardium: Normal, ca. 1 Löffel voll klares Serum enthaltend.

Herz: Klein, schlaff, wenig Blut in den Kronengefäfsen, in den linken Herzkammern, wo es sich in Form weicher, pechfarbiger Coagula vorfand; kruröse Blutcoagula in gröfserer Menge im Ventrikel und im rechten Herzohr. Die Herzklappen waren unversehrt, das Myocardium atrophisch, blafs, von verminderter Konsistenz.

Bauchhöhle: Eingeweide in normaler Stellung, Gedärme: Blafs, wenig von Gasen gebläht, das Fett von den grofsen Epiploen und

von dem Mesenterium fast gänzlich verschwunden. Meseraische Drüsen: Normal. Milz: Verringerten Volumens, arm an Pulpa, mit gut zu unterscheidendem Trabekulärsystem. Nieren: Keine, mit bloßem Auge bemerkbare Veränderungen. Leber: Von verringerten Durchmessern, blaß, von normaler Konsistenz. Magen und Duodenum: Blasse Schleimhäute, von einer dünnen Schicht gräulichen Schleimes überzogen. Bauchschleimhäute: Normal, stellenweise durch hypostatische Hyperämie gerötet.

Rückenmark: Nichts Bemerkenswertes, auch die Gehirnhäute von normalem Aussehen.

Peripherisches Nervensystem. Der Sympathicus zeigte sich in seiner ganzen Länge, vom Halse bis zur Lumbargegend, etwas stärker als normal und von fibrösem Aussehen; bemerkenswert war die Anschwellung der Gehirnganglien und des Halbmondganglions, jene, wie dieses blaß. In der linken Achselhöhle zeigte der innere Muskel- und Hautnerv eine kegelförmige Verdickung vom beiläufigen Volumen eines Taubeneies. Diese Verdickung hatte in der Mitte einen Umfang von 10 cm und war 6 cm lang. In der Mitte gespalten, konnte man vom zentralen Teile eine Schicht fibrösen Gewebes von perlmutterartigem Aussehen, 2—3 mm dick, ablösen; dieselbe bildete eine Art von Kapsel für den zentralen Teil des Neoplasmas, welcher aus einem mattweißen Gewebe von fibröser Beschaffenheit, aber von geringerer Konsistenz als die Hülle bestand.

Sowohl an den Armen, als an den Beinen bemerkte man an den subkutanen Nervenverzweigungen kegelförmige Anschwellungen, einige sehr klein, andere größer, von $^1/_2$ bis 3 cm lang, hart und von weißlicher Farbe.

Diese kleinen Tumoren befanden sich an den Armen, hauptsächlich an den Verzweigungen der äußeren und inneren Hautnerven im Ober- und Unterarm, an den Beinen, hauptsächlich an den Verästelungen des Saphenus externus und seines Nebenastes, sowie am peripheren Aste des Ischiaticus popliteus externus.

Außerdem überraschte uns beim Bloßlegen des Nervus ischiaticus, an dessen beiden Seiten, in symmetrischer Stellung, zwei kegelförmige kleine Tumoren zu entdecken, jeder ca. 3 cm lang, der eine 14 mm, der andere, rechte, nahezu 2 cm dick. Diese Tumoren hatten Aussehen und Konsistenz fibrösen Gewebes und bildeten wegen ihrer Perlmutterfarbe einen auffälligen Gegensatz zur blaßroten Färbung der Muskelmasse, mit welcher sie innig verbunden waren, so innig, daß an der Peripherie der Tumoren kleine fibröse Blättchen abgelöst werden konnten, welche eine Fortsetzung der Muskelbündelchen bildeten.

Solcher Blättchen konnte man 3—4 ablösen, dann zeigte sich die

zentrale Masse kompakt, ohne Spalten, aus homogenem Gewebe bestehend und von der Farbe fibrösen Gewebes.

Aufserdem konnten von einer geringfügigen, von dem im linken kruralen Biceps, nahe dessen mittlerem Teile eingebetteten kleinen Tumoren verursachten Erhabenheit weifsliche Filamente isoliert werden, welche sich nach gewundenem Verlaufe im umgebenden Muskelgewebe verloren.

Technik.

An jenen Stellen, wo keine Tumoren waren und wo namhafte chromatische Veränderungen vorhanden waren, wurde die Haut in kleine viereckige Stücke geschnitten, welche an ihren Ecken mittelst Stecknadeln über kleine Korkrahmen ausgespannt und gehärtet wurden.

Von den kutanen Tumoren wurden solche verschiedener Gröfse genommen; einige vom Volumen eines Hirsekorns oder einer Erbse wurden mit viereckigen Hautläppchen losgelöst und wie oben ausgespannt; andere mittlerer Gröfse wurden mittelst Rundschnittes um ihre Basis losgelöst, andere, noch gröfsere, wurden vorerst in zwei nahezu gleiche Stücke geteilt, dann in kleinere Stückchen geschnitten, mit der Epithelhülle an einer Seite und dem zentralen Gewebe des Neoplasma an der anderen. Aus dem umfangreichen Geschwüre auf der linken Wange wurden von den Rändern, von den Vegetationen am Boden und von dem zum suborbitalen Nerv in Beziehung stehenden Tumor Gewebefragmente genommen. Die kegelförmigen Anschwellungen der Nerven wurden intakt aspersiert.

Als Härtungsflüssigkeiten wurden Alkohol, Müllersche Flüssigkeit und Sublimat verwendet unter genauer Beobachtung jener Regeln, die zur Erzielung guter Präparate empfohlen werden.

Die Hautläppchen mit Neoplasmen kleinsten Volumens wurden vorerst mit Chromsäure behandelt und dann bis zu vollkommener Härtung in Alkohol gelegt. Gleicher Behandlung wurden einige gröfsere Hauttumoren und auch Stückchen von gestielten Tumoren unterworfen. Diese wurden viele Stunden lang in 1%iger Osmiumsäure belassen, so lange, bis sie die schwarze Farbe angenommen hatten; wenn sie früher herausgenommen wurden, konstatierte man, dafs das Reagens nicht in die zentralen Teile des Neoplasmas eingedrungen war, dagegen nach 16- bis 24stündigem Verbleiben in der Säure zeigten sich die pathologischen Stücke auch im Innern so gleichmäfsig geschwärzt, dafs wir befürchteten, sie würden für die histologische Untersuchung nicht mehr verwendbar sein. Wir erhielten jedoch von solchen Stücken die besten Präparate nach Entfärbung mit Kalium permanganicum, da nur die Nerven schwarz blieben, das übrige Gewebe dagegen farblos wurde und daher in anderer Weise gefärbt werden konnte. Die von dem zum suborbitalen Nerv in Beziehung stehenden morbösen Körper genommenen Fragmente wurden

vorerst in Flüssigkeit getaucht, um die darin vorhandenen dünnen Knochenblättchen zu entkalken, und dann in Alkohol gelegt. Die kegelförmigen kleinen Tumoren der peripherischen Nerven wurden alle mit Osmiumsäure behandelt und dann in Alkohol verschiedenen Konzentrationsgrades gelegt. Die zu intensiv gefärbten Sektionen wurden, wie oben erwähnt, mittelst Kalium permanganicum entfärbt. Vom grofsen Tumor am inneren Hautnerv wurde ein kleines Stück ebenfalls mit Osmiumsäure behandelt. Das übrige wurde in Alkohol gelegt, und zu mehreren Malen wurden davon kleine Stücke losgelöst, in immer konzentrierterem Alkohol gehärtet und zuletzt in mittelst Kupfersulfats ganz entwässerten Alkohol.

Die kleinen Muskeltumoren wurden beide losgelöst; einer wurde ganz in Müllersche Flüssigkeit gelegt, der andere halbiert, um das Aussehen der Schnittflächen zu prüfen. Sowohl von den zentralen, als von den peripherischen Teilen dieses zweiten Tumors nahmen wir kleine Fragmente, welche nach dem Verfahren Löwit-Ranvier mit Chlorgold behandelt wurden. Der Rest dieses selben Tumors wurde in der Alkoholserie gehärtet und dann zu Präparaten zerschnitten. Noch vor kurzem prüften wir auch ein Segment des in der Müllerschen Flüssigkeit gehärteten Tumors, welcher noch heute, so verstümmelt, im Museum für pathologische Anatomie zu Genua aufbewahrt wird.

Die pathologischen Stücke, in welcher Weise immer gehärtet, wurden in Celloidin eingehüllt und mit Schanzes Mikrotom zerschnitten. Dann wurden sie mittelst verschiedener Färbemittel gefärbt; wir verwendeten Boraxkarmin, Grenacherschos Alaunkarmin, Pikrokarmin, Orthsches Lithiopikrokarmin und Hämatoxylin. Wir unterzogen die dünnen Schnitte auch zweifachen Färbungen, mit Hämatoxylin und neutralem Karmin, mit Hämatoxylin und Eosin, mit Gentianviolett und Eosin, mit Anilinblau und Saffranin. Zur Untersuchung der kleinen Muskeltumoren bedienten wir uns auch folgenden Färbungsverfahrens: die Schnitte wurden mittelst Hämatoxylins gefärbt und dann in Pikrinsäure gelegt. Diese entfärbt das Hämatoxylin nur langsam, so dafs in einem gegebenen Augenblicke nur die Kerne violett gefärbt bleiben, während der Rest des Präparates eine gelbgrüne Farbe annimmt. Die violett gefärbten Kerne treten vom gelben Grunde deutlich hervor und können sehr gut mittelst des Mikroskops analysiert werden. Ein anderes Mal mengten wir Hämatoxylin zu gleichen Teilen mit Alaunkarmin, verdünnten die Mischung mit dem zehnfachen Volumen destillierten Wassers und filtrierten. In diese Färbeflotte gelegt, nahmen die Präparate eine bläulichrote Farbe an, die dann, nach Eintauchen in Pikrinsäure, auf die Kerne beschränkt bleibt.

Die meisten dieser Präparate verschlossen wir trocken nach vorhergegangener Anhydrierung.

Jene durch Abtrennung erhaltenen und mit Chlorgold behandelten

wurden in Glycerin konserviert und mittelst judäischen Peches abgeschlossen.

Histologische Untersuchung.

Präparate von Haut mit chromatischer Veränderung. Untersuchung bei geringer Vergrößerung (Ok. 1, Ob. 4, KORISTKA). Die Epidermis zeigte sich allgemein verdünnt, in der ganzen Stärke der Malpighischen Schicht braun gefärbt, aber dunkler in den dem Papillarkörper naheliegenden Schichten und besonders in jener der Würfelzellen. Kleine unregelmäßige Flecke gleicher Farbe sah man im Konnektiv der Papillen zerstreut.

Bei stärkerer Vergrößerung (Ok. 2, Ob. 8, K.) bemerkte man, daß die braune Färbung des Gewebes von dunkelgelben oder ganz schwarzen Körnern herrührte, welche im Protoplasma der Malpighischen Zellen dicht gestreut enthalten waren, und besonders dicht in denjenigen, welche gewöhnlich solche Elemente in hervorragender Menge zu enthalten pflegen.

Die braunen Flecke in der papillaren Schicht des Coriums waren ebenfalls durch eine Ablagerung von Pigmentkörnern im Körper der Konnektivzellen verursacht, wodurch diese, in Farbe wie Form, den chromophoren verästelten Zellen des Konnektivs des Frosches sehr ähnlich erschienen; einige Pigmentkörner lagerten jedoch frei zerstreut zwischen den Fibern des Papillarkörpers. Die Blutgefäße waren nicht besonders deutlich erkennbar, und um die erkennbaren herum bemerkte man keine parvicellulare Infiltration. Nichts Besonderes zeigten die Schweißdrüsen. In einigen Präparaten bemerkte man in den tiefen Schichten des Derma die Anwesenheit kleiner, in den ersten Phasen der Entwickelung befindlicher Tumoren, deren Existenz ohne Hülfe des Mikroskops unmöglich hätte vorausgesetzt werden können. Diese bestanden aus kleinen Massen neoplastischen Gewebes, zumeist zugespitzt und aneinandergereiht, so daß sie lange Schnüre von cylindrischer oder kegelförmiger Gestalt bildeten.

Präparate von Haut mit ungestielten kleinen Tumoren. Vertikalschnitte. In diesen Präparaten sah man sehr deutlich, daß das neoplastische Gewebe die tiefen Schichten des Derma einnahm, das Netzgewebe nach unten drängte und die Epidermis wie eine Kapsel erhöhte. Der so komprimierte Papillarkörper erschien in verschiedenem Grade atrophisch, und auch die mit braunem Pigment überladene Epidermis erschien von verringerter Stärke.

In den Horizontalschnitten zeigte sich das neoplastische Gewebe als ein cellularer, rundlicher, eiförmiger Körper, umschlossen von einer Art fibröser Kapsel, entstanden durch die Kompression des Papillarkörpers und der oberflächlichen Bündelchen der Netzschicht des Derma. Diese Art Kapsel war nach außen von der verdünnten, braun gefärbten Epidermis bedeckt.

Bei stärkerer Vergrößerung war an der Epidermis und am Papillarkörper nichts Besonderes zu bemerken, ausgenommen Atrophie und reichliche Pigmentkörner in den Zellen des Malpighischen Netzes.

Das neoplastische Gewebe war aus zartem Bindegewebe gebildet, dessen Bündelchen in den Vertikalschnitten parallel liefen und in den Horizontalschnitten konzentrisch angeordnet waren. Viele kleine Zellen mit kegelförmigen, länglichen, zuweilen ziemlich stark gebogenen Kernen zeigten sich zerstreut in genanntem Gewebe. An einigen Stellen war das Zellenelement reichlicher, als an anderen, ebenso in den zentralen Teilen reichlicher, als in den peripherischen; in einigen Präparaten waren die Zellen so dicht, daß sie dem Gewebe sarkomatösen Charakter gaben.

Man hätte dieses auch in solcher Weise beurteilt, wenn nicht aus der Untersuchung der umfangreichen Tumoren klar hervorgegangen wäre, daß diese Zellen die Eigenschaft besitzen, einem erwachsenen Bindegewebe Ort zu geben.

Zwischen den zugespitzten Zellen fanden sich, wenn auch in viel geringerer Zahl, andere, klein und rund, wie gewöhnliche Infiltrationszellen. Nur in einigen Präparaten wurden auch größere runde und auch anders geformte Zellen bemerkt, welche die Kennzeichen der Ehrlichschen granulösen Zellen besaßen. Das morböse Gewebe war an Blutgefäßen arm, nur spärliche und blutleere waren hin und wieder zu bemerken; es enthielt weder Schweißdrüsen, noch pilifere Follikel; von solchen Organen entdeckte man nur Spuren in den den kleinen neoplastischen Massen zunächstgelegenen Teilen.

Präparate aus gestielten Tumoren. In diesen Präparaten trat die Atrophie des Papillarkörpers und der Epidermis stärker hervor, als in den oben beschriebenen. Das neoplastische Gewebe war entschieden faserig, weniger kompakt, in voneinander getrennte und untereinander vielfach verschlungene Bündelchen geteilt. Die Zellen waren in diesem Gewebe weniger reichlich, Rundzellen begegnete man selten. Auch in den größeren gestielten Tumoren war das morböse Konnektiv an Zellen ärmer.

Präparate von mit Osmiumsäure behandelten Hauttumoren. In allen von mit dieser Säure behandelten Hauttumoren erzielten Präparaten hatte man unter dem Mikroskop den Nachweis, daß das neoplastische Gewebe zu den Verzweigungen der Hautnerven in enger Beziehung stand. Die kleinen Tumoren, welche sich nicht über die Oberfläche der Haut erhoben, boten uns diesbezüglich die deutlichsten Bilder. Man erkannte sie am zellenreichen Gewebe, das sich in keiner Beziehung von jenem der Tumoren größeren Umfanges unterschied, schnur- oder kegelförmig war und in welchem zerstreut Nervenfasern zu sehen waren. In den umfangreicheren Tumoren fand sich das neoplastische

Gewebe nicht nur zwischen den Nervenfasern, sondern es breitete sich von diesen in die benachbarten Teile aus, insbesondere gegen die Epidermis, welche es schliefslich gehoben hatte. In solchen Tumoren erschienen die Nervenfasern mehr als je zerstreut, unterbrochen und in geringer Zahl.

In den aus Stücken gestielter Tumoren erzielten Präparaten lieferte die Osmiumsäure kein Bild, welches mit Nervenfasern in irgend einem Zusammenhang steht.

Präparate aus Tumoren peripherischer Nerven. Grofser Tumor des inneren Hautnervs. Bei geringer Vergröfserung erwies sich das Gewebe als aus an Kernen armem faserigen Bindegewebe in Bündeln verschiedener Stärke und verschiedener Richtung bestehend. In den peripherischen Schichten erschienen die Fasernbündel gut entwickelt und untereinander eng vereint; in immediater Nähe der pathologischen Herde wurden die Bindegewebsbündel immer dünner und weiter voneinander entfernt, so dafs sie endlich ein Netz bildeten, in dessen Maschen kleine runde Elemente zu sehen waren. An diesen letzteren Stellen war das neoplastische Gewebe von vielen Blutkapillaren durchzogen. Nächst der Peripherie des Neoplasma, wo das faserige Aussehen des Gewebes deutlicher hervortrat, zeigte sich letzteres in parallele Schichten verschiedener Stärke geschieden, durch lange Spalten getrennt und stellenweise durch kurze Segmente von Gewebe analogen Aussehens anastomosiert. Es überraschte, ebendort Stellen wahrzunehmen, an denen benachbarte Fasernbündel, sich streckenweise trennend, abgeplattete Ellipsen beschrieben, in deren Innerem das Gewebe mit runden Pünktchen besät erschien.

Bei stärkerer Vergröfserung (Ok. 3, Ob. 8, K.) bemerkte man deutlich, dafs die in den Zwischenräumen des schlaffen Konnektivgewebes der zentralen Teile des Neoplasma befindlichen kleinen Elemente Zellen waren, welche die histologischen Kennzeichen der Lymphocyten besassen, und dafs die in den elliptischen Gewebsflächen nächst der Peripherie des Tumors sichtbaren Pünktchen dem Axencylinder der querdurchschnittenen myelinischen Nervenfaden angehörten.

Die Anwesenheit von Nervenfaden an einigen Stellen der Peripherie des Tumors konnte auch in den mit Osmiumsäure behandelten Präparaten nachgewiesen werden.

Präparate aus kegelförmigen Tumoren längs der Verzweigungen der Haut- und Muskelnerven. Einige dieser Präparate waren Längsschnitte, andere Querschnitte.

Präparate aus Längsschnitten. Die Behandlung mit Osmiumsäure hatte vorzügliche Resultate ergeben, weshalb auch bei geringer Vergröfserung die ganze Bedeutung der morbösen Veränderung hervortrat. Die Anschwellung der erwähnten Nerven war durch Hyperplasie des Endoneuriums verursacht; die schuppigen Scheiden schienen nicht über-

mäfsig verdickt. Das hyperplastische Endoneurium besafs die Kennzeichen des gewellten Konnektivs, war sehr arm an Zellen und fast ganz gefäfslos. An der Stelle der Anschwellung waren die Nervenfäden zerstreut, getrennt, verringerten Umfanges und einige auch in ihrem Verlaufe unterbrochen. Die Veränderung bestand aus einfacher Atrophie ohne Spuren von Degeneration. Auch in den verdünntesten und unterbrochenen Fasern sah man das Myelin nicht in Segmente geteilt, noch weniger zu Körnchen reduciert; auch fehlten die Körnerzellen inner- und aufserhalb der Nervenfäden. Diejenigen Fasern, welche am meisten an Umfang eingebüfst hatten, schienen die Markscheide verloren zu haben; der Axencylinder war nicht zu sehen oder nur schwer zu unterscheiden.

Präparate aus Querschnitten. Auch in diesen beobachtete man infolge von Behandlung mit Osmiumsäure die nämlichen Erscheinungen: das Zwischenbündelkonnektiv war reichlich, die Nervenfäden spärlich, zerstreut oder zur Seite gedrängt und zumeist von verringertem Durchmesser.

Untersuchung des Tumors im rechten kruralen Biceps. Mit Chlorgold behandelte Präparate. In diesen wurden an verschiedenen Stellen auch verschiedene Erscheinungen beobachtet. An einigen sah man nur Muskelfasern normalen Aussehens, getrennt und stellenweise von den bei der Loslösung verwendeten Nadeln zerrissen. An anderen Stellen bemerkte man zwischen den Muskelfasern ein Bindegewebe, durchaus analog jenem der oben beschriebenen Hauttumoren, und wie dieses, reichlich mit kleinen, zumeist zugespitzten Elementen besät. An diesen letzteren Stellen lagen in der Umgebung des morbösen Gewebes aufser vollkommen normalen Muskelfasern auch andere atrophische und noch andere, welche viele Kerne mit denselben Kennzeichen, wie jene des neoplastischen Gewebes, aufwiesen. Manchmal sah man hie und da kleine Herde von solchen Geweben von Kapillarnetzen durchzogen, an anderen Stellen konnten kleine Nervenverästelungen beobachtet werden, deren Fasern, sechs bis sieben an der Zahl, durch die Konnektivneoplasie zerstreut und in verschiedenem Grade atrophisch und degeneriert waren.

Schnittpräparate. Einige derselben wurden aus dem kleinen, vom Tumor des linken kruralen Biceps entnommenen Segmente hergestellt.

Untersuchung bei geringer Vergröfserung (Ok. 2, Ob. 4, K. und Ok. 2, Ob. 3. Leitz).

Diese Präparate ergaben jene vom pathologischen Gewebe der Hauttumoren erhaltenen durchaus ähnlichen Bilder. Sie erschienen als kleine ovale Konnektivmassen, dicht bestreut mit zumeist zugespitzten Körperchen von breite Maschen bildenden Kapillargefäfsen und von stärkeren Gefäfsen mit hyperplastischen Wänden. In den zentralen Teilen war das pathologische Gewebe gleichförmig kompakt, an der Peripherie des Neoplasma hingegen erschien es durch mehr oder weniger breite Spalten in Schichten

von angleicher Stärke geschieden, welche auf Vermehrung durch Überlagerung neuen morbösen Gewebes aus den benachbarten Teilen hinwiesen. Weiter nach aufsen bemerkte man zumeist durch das entstehende neoplastische Konnektiv getrennte Muskelfasern, andere, augenscheinlich in verschiedenem Grade atrophisch, und noch andere, die äufsersten, die durch die kleine pathologische Masse nach der Peripherie gedrängt waren. In den vom linken kleinen Tumor erhaltenen Präparaten bemerkte man an den dem unteren Ende entsprechenden Stellen, gleich aufserhalb des neoplastischen Gewebes, zwei kleine Arterien, eine Vene und einige Nerven, im interfaszikularen Gewebe kleine runde Zellen enthaltend, welche die optischen Sektionen der Nervenfäden nicht klar und deutlich erkennen liefsen.

Bei stärkerer Vergröfserung (Ok. 3, Ob. 8, K.) unterschied man diese Details genauer; man sah ferner, dafs an der Peripherie der Präparate einige Muskelfasern reichliche Mengen von Kernen zeigten, wodurch die Annahme entstand, dafs sie sich schliefslich in eigentliches Tumorgewebe verwandelt hätten; diese Kerne stammten augenscheinlich aus der Multiplikation der Kerne des Sarcolemma. Um die stärkeren Blutgefäfse herum bemerkte man einen geringen Grad von kleinzelliger Infiltration. Im Innern des neoplastischen Gewebes gelang es nicht, Bilder zu beobachten, welche auf Nerven hätten Bezug haben können.

Tumor der Wange.

Präparate aus den Rändern des Geschwüres. Aufserhalb der Grenzen dieses letzteren zeigte die Epidermis aufsergewöhnlich lange Interpapillarfortsätze, und die zwischen diesen liegenden Dermapapillen waren dünn und zungenförmig. Die piliferen Follikel und die Schweifsdrüsen boten nichts Bemerkenswertes. An der Basis der Papillen sah man Zellenzapfen mit einer beträchtlichen Anzahl von Epithelperlen ähnlichen Körpern untereinander anastomisiert, so dafs sie Netze bildeten, welche sich mit anderen Netzen aus spärlich mit runden Zellen infiltriertem Fasernkonnektivgewebe kreuzten. Das Gesamtbild dieser Figuren erinnerte an superficielles flaches Epitheliom, doch waren zwei Thatsachen mit dieser Auffassung nicht in Einklang zu bringen: 1. dafs an keiner Stelle der perlförmigen Körper Erscheinungen von Verhornung der Zellen zu bemerken waren; 2. das eigentümliche Aussehen dieser und der umgebenden Zellen. In Form und Gröfse unterschieden sich die in Rede stehenden Elemente nicht von den Zellen der Malpigischen Schicht, aber ihr Kern war viel reicher an Chromatin als jene, rund oder eiförmig, manchmal noch in Karyokinese begriffen. Das Protoplasma dieser Zellen war fein granuliert, von wenig deutlichen, verschwommenen Konturen und der gewimperten Fortsätze entbehrend. Auch bei starker Vergröfserung waren an keiner Stelle der zahlreichen Präparate Zellen

zu entdecken, welche die charakteristischen histologischen Kennzeichen der normalen Malpigischen Zellen aufgewiesen hätten.

Präparate aus der zum suborbitalen Nerv in Beziehung stehenden morbösen Vegetation. In diesen war das pathologische Gewebe viel reicher an weder verhornten noch Verkalkungsanzeichen aufweisenden perlförmigen Körpern, gebildet aus Zellen mit unverkennbaren Umrissen, besonders in deren mittleren Teilen, so dafs jeder dieser Körper einer einzigen vielkernigen Riesenzelle glich; die Ähnlichkeit mit derartigen Elementen des Markes war um so mehr hervortretend, als jene Zellen, wie diese, die Lichtstrahlen schwer durchliefsen und sich schlecht färbten. Jedoch auch an solchen Stellen war das morböse Gewebe durch Zellenzapfen vertreten und durch lamellöses Knochengewebe mit ausgeprägten Anzeichen lakunarer Resorption begrenzt. Wo die Resorption der Knochensubstanz weiter vorgeschritten war, fand sich zwischen den Knochenplättchen und den Zellenzapfen eine Schicht von Fasergewebe eingeschaltet, mehr oder weniger mit kleinen, runden Zellen infiltriert, und Körnern von hämatogenem Pigment; ein Teil blieb frei. In keinem dieser Präparate waren Nervenfasern zu bemerken. An den Konturen der Präparate, welche der Oberfläche des Geschwüres und dessen Rändern entsprachen, sowie aus der umfangreichen Vegetation auf dessen Boden waren, sah man, wie vorausgesetzt werden konnte, die Zellenelemente zerstört, zu Körnern reduciert oder an ihren Umrissen zusammengeschmolzen, mit schwer erkennbarem und schlecht zu färbendem Kerne. Auch die intercellulare Konnektivsubstanz hatte dasselbe Schicksal erlitten und war zu einem körnigen Detritus geworden, welcher sich mit jenem der Zellenzapfen vermengte.

Präparate aus dem Sympathicus. Die Schwierigkeit der Unterscheidung des Konnektivs der Remakschen Fasern erschwerte das Erkennen der morbösen Veränderungen am Verlaufe dieses Nervs. Immerhin erschien in diesen Präparaten das Perineurium mehr entwickelt und die myelinischen Fasern spärlich. In den Präparaten der Gehirnganglien und des Coeliacus schienen bei schwacher wie bei starker Vergröfserung die Nervenzellen beträchtlich verkleinert und an einigen Stellen mangelnd und alle mit gelbbraunen Körnern überladen. Letztere beschränkten sich nicht auf die unmittelbare Umgebung des Kernes, sondern sie waren über den ganzen Zellkörper dicht ausgestreut und manchmal so zahlreich und dicht, dafs sie den Kern verbargen. Die Kernhüllen, in welche gewöhnlich die Ganglienzellen eingeschlossen sind, waren verdickt, und die faserige Hülle der Ganglien erschien ebenfalls sehr stark.

(Schlufs folgt.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 12. Juni 1894.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

I. Herr Joseph: **Urticaria pigmentosa.** Ein bereits in Breslau auf dem Kongreſs vorgestellter Patient, ein 19jähriger Bäcker, welcher schon seit frühester Kindheit erkrankt ist. Nach Angabe der Angehörigen bekam er schon ganz frühzeitig Quaddelbildung, im Anschluſs daran Pigmentierungen, und es blieben an den betreffenden Stellen Flecke zurück. Das Leiden besteht noch jetzt. Es zeigen sich am ganzen Körper mehr oder minder groſsbraune Flecke, an den oberen Extremitäten etwas mehr gerötet, als an den unteren. Wenn man den Patienten schlägt oder reibt oder eine derartige Stelle knipet, so entsteht eine Urticaria-Quaddel. Im allgemeinen hat aber die Quaddelbildung nachgelassen. Die Pigmentierung bleibt, auch das Gesicht ist davon allmählich afficiert worden. Eine Verwechselung mit anderen Affektionen kann kaum möglich sein. Man könnte vielleicht an eine einfache Urticaria denken, doch erfolgt hier nicht Pigmentierung. Nun hat allerdings Raymond eine chronische Urticaria mit Pigmentbildung aufgestellt. Aber diese Affektion beginnt in der frühesten Kindheit in einigen Fällen sogar intrauterin, während die Urticaria mit Pigmentation erst in späteren Jahren auftritt. Ätiologie ist unbekannt, Prognose ist günstig, die Quaddelbildung hört allmählich auf, nur die Pigmentierung bleibt, ohne den Patienten zu belästigen. Atropin und Natrium salicylicum sind ohne Erfolg angewandt worden. In den mikroskopischen Präparaten sieht man rechts nur Pigmentierung, links Mastzellen in der Nähe der Gefäſse. Seitdem Unna auf der Berliner Naturforscherversammlung darauf hingewiesen hat, daſs die Urticaria pigmentosa als eine Geschwulst von Mastzellen aufzufassen ist, ist die Entscheidung darüber noch nicht gefallen. Es läſst sich in Anbetracht der damals von Unna publicierten Abbildung nicht leugnen, daſs hier in der That der Eindruck einer Geschwulstbildung von Mastzellen vorliegt. Davon ist jedoch im vorliegenden Präparate keine Rede, immerhin ist eine ganze Reihe von Mastzellen vorhanden.

II. Herr Rosenthal: Krankenvorstellung. Ein Fall von **Erythema bullosum,** alias Pemphigus der äuſseren Haut. Die Affektion hat sich von der Lendengegend nach den unteren Extremitäten zu entwickelt; neben der Blasenbildung auf der äuſseren Haut findet sich auch eine Eruption auf der Schleimhaut des Mundes, der Zunge der Conjunctiva rechts. Seines Erachtens muſs man überhaupt eine ganze Reihe von Eruptionen der Schleimhaut und Haut aus der Gruppe des Pemphigus ausscheiden. Man sieht im vorliegenden Falle auf der äuſseren Haut drei Arten von Erscheinungen: 1. solitäre Blasen; 2. Blasen in Gruppen und serpiginöser Form; 3. erythematöse Flecke mit cyanotischem Zentrum. Eine ganze Gruppe von Pemphigus scheint daher als Erythema bullosum aufgefaſst werden zu müssen.

Zur Diskussion sprechen Herr Ledermann, Lassar und Joseph.

Herr Ledermann: Krankenvorstellung. Mit Bezug auf die von Herrn Isaac angeregte Frage, ob **schwere Erscheinungen nach extragenitalem Primäraffekt** stattzufinden pflegen, stellt er einen Patienten vor, der sich vor einigen Wochen einen Primäraffekt an der Oberlippe zuzog, von dem noch die Narbe zu sehen ist. Er erkrankte sehr schwer und wurde äuſserst elend. Neben dem papulösen Exanthem

im Gesicht und auf der Brust findet sich ein ulceröses Gumma auf der linken Tonsille. Hg-Kur verträgt er nicht; unter Jodkalium und Schwitzkur allgemeine und lokale Besserung.

Herr Lassar stellt einen Patienten vor, der vor 1½ Jahren die Spuren seines Leidens bemerkte, und zwar ausgehend von einem kleinen schwarzen Muttermal, von dem er eine Reihe auf seinem Körper trägt. Eine kleine Erhöhung begann hervorzuragen, ohne ihn zu belästigen, und verursachte kleine Blutungen. Er entschloſs sich zur Operation, und im Anschluſs daran fand eine regionäre Verbreitung derselben Tumorenart statt. Es wurde dann eine erneute Operation gemacht, aber mit demselben Erfolge. Patient wird in diesem Zustande präsentiert.

Die Zahl der operierten Fälle wächst prognostisch in sehr ungünstiger Weise. Die nicht tangierten Tumoren haben oft ein Beharrungsvermögen von ca. zehn Jahren, wie dies von Augenärzten bei **Melanosarkomen** der Aderhaut konstatiert worden ist. Die Prognose ist hier absolut infaust. Manchmal scheint nach der Operation kurze Zeit sich die Prognose günstig zu gestalten, aber schon nach wenigen Monaten, in einigen Fällen erst nach 4—5 Jahren tritt Generalisierung ein. Deshalb scheint es ihm, als ob die Tumoren besser als Noli me tangere betrachtet werden sollen. — Bezüglich dessen erwähnt er noch einen zweiten Fall bei einer Frau, welche mit einem melanotischen Tumor am 13. Juni 1893 in seine Beobachtung kam. Der Tumor war von einem Arzte leicht geätzt und darauf schnell gewachsen; er sah deshalb von einem weiteren operativen Eingriff ab; aus Gründen der Humanität excidierte er auch kein Hautstück zur mikroskopischen Untersuchung, um der Patientin keine Nachteile zu bereiten. Die Tumoren sind maligne, manche mehr carcinomatös, manche sarkomatös, zum Teil auch gemischt. Beide Patienten werden mit Arsen in Form der Solutio Fowleri behandelt; bei dem ersten älteren Falle mit weniger günstiger Prognose. Bei der Frau dagegen ist der mächtige Tumor vollständig geschwunden, der Naevus ist geblieben, wie er war, vielleicht etwas schmäler geworden.

Herr Markiewicz schlägt vor, in möglichst weiter Ausdehnung zu operieren, wodurch sich die Prognose verbessern würde, und zwar aus dem Grunde, weil sich Tumoren auf dem Wege der Gefäſsbahnen verbreiten, wie dies aus einem gestern von Herrn Prof. Israel in der freien Vereinigung der Chirurgen vorgestellten Fall hervorgeht, bei dem in einem erweiterten Gefäſs ein Thrombus gefunden wurde.

Herr Wechselmann: Die Versuche, in groſser Ausdehnung zu operieren, haben schon bei einfachen, geschweige denn bei melanotischen Sarkomen zu keinem Resultate geführt. Selbst Nasse, der bei bösartigen Geschwüren am Fuſse sogar die Gefäſse des Oberschenkels und beim Arme ebenfalls die Gefäſse in weitester Ausdehnung herausnahm, fand z. B. trotzdem in der Vena subclavia noch einen Thrombus. Die Fälle gehen ausnahmslos an Metastasen zu Grunde.

Herr Saalfeld bemerkt, daſs der vorgestellte Patient früher (vor ca. 1½ Jahren) wegen Lues und Blennorrhoe in seiner Behandlung war, und daſs dadurch vielleicht das Leiden eine schwere Komplikation erhalten hat.

Herr Lewin hält für die einzige Hoffnung, zu heilen, noch die Impfung mit Erysipelkokken als geeignet, insofern als das Erysipel ja auf alle Geschwülste einen regressiven Einfluſs übt.

Herr Benda meint, daſs die Verbreitung der Geschwülste nicht bloſs auf dem Wege der Blutbahnen, sondern auch der Lymphgefäſse vor sich geht, weil ja die Geschwülste häufig an ganz verschiedenen, durch die Blutbahn nicht erklärbaren Orten auftreten.

Herr Lassar: Der Patient ist von den allerersten Chirurgen operiert, es wurde dabei nichts versäumt. Auch die Exstirpation eines Pigmentfleckes in der Haut führte

nicht dazu, der Pigmentbildung am Thorax vorzubeugen. Es scheine ihm daher von Wichtigkeit, dafs der einzige Fall von Melanosarkom, der durch ärztliche Hülfe zurückgebildet ist, heute vorgestellt worden ist.

Herr Lewin: Mit Rücksicht auf den Vorschlag von Baccelli, **intravenöse Injektionen von Sublimat** zu machen, sind bis jetzt in der Charité einige 90 Injektionen gemacht worden. Die Schwierigkeiten dieser Behandlung bestehen zunächst darin, dafs man nicht die passende Vene findet und dafs man beim Hineinstechen oft nebenbei kommt; ferner der Nachteil der Thrombenbildung. Bis jetzt ist zwar nur ein Fall beobachtet worden, wo man an Thrombenbildung denken kann; dagegen haben sich periphlebitische Exsudate gebildet. Das Sublimat wirkt, direkt in die Venen eingespritzt, ganz anders als subkutan. Es äufsert im ersten Falle viel rascher seine Wirkung auf die Niere, wo ja bekanntlich Kalkablagerungen entstehen und eine Nephritis sich bildet, ferner auf den Darm durch Colitis. Die Methode hat einen gewissen Wert. In einem Fall von Rupia trat nach sechs Injektionen vollkommen Heilung ein; ebenso in einem anderen Falle mit zerfallenem Gumma an der Nasenspitze war nach diesen Injektionen ein vortrefflicher Erfolg zu verzeichnen.

Man kann diese Methode nur in Krankenhäusern anwenden, bei ambulatorischen Patienten wäre sie zu gefährlich; es wurde 0,001—0,006 g angewandt; bei Männern ist die Operation leichter, weil die Venen besser ausgebildet sind.

Er will ferner noch über einen Patienten berichten, der mit kleinen kreisförmigen Schüppchen nach der rechten Schulter zu ihm kam; es machte den Eindruck einer Psoriasis minutiosa annulata. Gleichzeitig hatte der Patient eine Warze, die eine gewisse Ähnlichkeit mit Leichentuberkeln hatte; und in der That befand sich noch an einer anderen Stelle eine ähnliche Warze. Beide erwiesen sich als **Leichentuberkel.** Der Verdacht auf Syphilis, wie er durch die angenommene Psoriasis minutiosa annulata begründet war, schwand natürlich. Es wurde Tuberkulose angenommen und daraufhin Tuberkulin eingespritzt. Nach der dritten Injektion zeigte sich die allgemeine und lokale Reaktion, so dafs man wohl berechtigt ist, hier Tuberkulose anzunehmen.

Herr Wassermann: Es handelt sich um eine 30jährige Patientin, die seit ca. einem Jahre wegen Paranoia und Epilepsie in der psychiatrischen Abteilung der Charité gelegen. Am 2. April wurde sie auf seine Abteilung verlegt wegen hohen Fiebers und starker Durchfälle. Auffallend war bei der Patientin die Hautveränderung am Gesichte und den Extremitäten. Die Haut schuppte stark ab in grofsen Lamellen; im Gesicht und an den Beinen war sie stark geschrumpft und atrophiert, glänzend und lag fest auf ihrer Unterlage. An diesen Stellen waren quer verlaufende, rote, ½ cm breite Fissuren; aufser an diesen Stellen war die Farbe der Haut wachsgelb; Lidspalten waren stark verengt und rigide, ebenso die Mundöffnung. Die Anamnese ergab folgendes: Ein Bruder, der mit der Patientin viel zusammen war, ist vor mehreren Jahren an Phthisis gestorben; sie selbst hatte früher Lungenkatarrh, sonst nichts von Wichtigkeit. Ihre jetzige Krankheit begann vor 14 Tagen mit Schüttelfrost, Leibschmerzen und Durchfall. Seit ca. 3 Monaten bemerkte sie Trockenheit der Haut. An den inneren Organen ist nichts nachzuweisen. Täglich 8 bis 10 Stühle, Milz- und Lymphdrüsen nicht vergröfsert, Blut hat keine toxischen Wirkungen, kein Zucker, Eiweifs oder Diazo-Reaktion. Fieber war unregelmäfsig, morgens 37° bis 40° abends. Die Prostation wurde immer stärker, es bildete sich ein soporöser Zustand. Die Hautaffektion ergriff die noch gesunden Teile, Brust- und Bauchhaut. Die Entwickelung derselben war folgende: Ohne Rötung nahm die Haut eine pergamentähnliche trockene Beschaffenheit, so dafs sie sich leicht fältelte. Schon nach 2 bis 3 Tagen begann alsdann Schuppung, unter den Schuppen lag eine wachsgelbe,

glänzende Haut, sehr rasch trat Schrumpfung unter Bildung von Fissuren auf, ohne die geringsten subjektiven Beschwerden (kein Jucken). Die Durchfälle dauerten unbeeinflufst durch Mittel fort. Es trat dann nach 14 Tagen eine profuse Darmblutung ein, 1½ l per rectum; gleichzeitig erbrach sie ½ l Blut. Die Blutung stand unter Eis und Opium und eisgekühlter Milch. Am 26. April unter tiefstem Sopor Exitus letalis. Längere Zeit hindurch blieb der Fall wie ein Rätsel; es war eine fieberhafte Hautaffektion, die allen Beobachtern, selbst Herrn Prof. Lassar, fremd waren. Typhus, Sepsis, ebenso floride Phthise waren nach den klinischen und bakteriologischen Untersuchungen ausgeschlossen. Vortragender entschlofs sich dann zur Untersuchuug des Blutes nach den Ehrlichschen Methoden und fand spärlich Myelocyten, Normoblasten und Megaloblasten, ferner eine absolute Vermehrung der Lymphocyten.

Prof. Ehrlich, der die Patientin nie gesehen hatte, diagnosticierte aus den Präparaten maligne Lymphome, **lymphatische Pseudoleukämie.** Er machte diesen Schlufs aus der absoluten Vermehrung der Lymphoyten bei gleichzeitiger Anämie, also eine richtige lymphatische Anämie. Diese Diagnose ist klinisch von grofsem Interesse, insofern man bisher annahm, maligne Lymphome, die, wie im vorliegenden Falle nicht fühlbar sind, aus dem Blutbefunde überhaupt nicht diagnosticieren zu können. Wie Herr Prof. Ehrlich dem Vortragenden oft sagte, hat er diesen Blutbefund dauernd nur bei Lymphomen gesehen, was bisher allerdings nicht publiciert wurde.

Die sechs Stunden post mortem vom Vortragenden ausgeführte Diagnose ergab eine alte tuberkulöse Narbe in der Lunge; als Hauptsache zeigten sich die retroperitonealen Lymphdrüsen zu faustdicken Paketen geschwollen, auf dem Durchschnitt von markigem Aussehen, nirgends mit der Umgebung verwachsen. An der Stelle, wo eine Drüse von unten her gegen das Duodenum andrückte, fand sich eine Ulceration im Duodenum, aus der augenscheinlich die oben erwähnte Blutung erfolgte. Bakteriologisch konnte in keinem Teile, abgesehen von der tuberkulösen Spitze, etwas Spezifisches entdeckt werden. Die mikroskopische Untersuchung der Drüsen zeigte einfach hyperplastisches Drüsengewebe. Die Stücke der veränderten Haut zeigten Desquamation des Epithels und Atrophie des Rete. Dabei eine sehr starke Ektasie der Gefäfse. In allen diesen Gefäfsen fast ausschliefslich Lymphocyten, keine polynukleären Elemente, eine richtige Lymphaemia cutis.

Aus all diesem geht hervor, dafs die Hautaffektion im Zusammenhange steht mit der Pseudoleukämie. Man hat ja bisher nur diejenigen Hautveränderungen als pseudoleukämisch oder leukämisch anerkannt, bei welchen richtige Lymphome, also Tumoren in der Haut waren. Es sind aber doch Beispiele bekannt, wo bei Pseudoleukämie, und zwar im innigen Zusammenhang, andere Hautaffektionen, lichenartige oder prurigoähnliche, beobachtet wurden. Das Wesentliche dabei ist aber unbedingt die dauernde Beobachtung des Blutbefundes, ob eine Lymphämie besteht, und zwar, bei welchen Hautaffektionen und bei welchen nicht. Vortragender wendet sich deshalb an die Dermatologen und glaubt sicher, dafs, wenn man erst eine grofse Anzahl derartig einheitlich beobachteter Fälle haben wird, man eine Anzahl von bis jetzt polymorph erscheinenden Affektionen ätiologisch als zu einer Gruppe gehörig erkennen und damit einen weiteren Schritt zur Klarlegung des Zusammenhanges von Haut und allgemeinen Affektionen machen wird.

Noch einen sehr interessanten Befund bot dieser Fall bei der Untersuchung der Nerven im Gebiete der am stärksten veränderten Haut dar.

Herr Westphal konnte eine kolossale bindegewebige Degeneration konstatieren.

Diskussion. Herr Joseph: Mit der Pseudoleukämie sei Urticaria und Prurigo

in Verbindung gebracht worden; aber dazu fehlen in diesem Falle die charakteristischen Symptome. Der Fall entspricht nach seinen Hautsymptomen mehr dem der akuten Leukämie. Ein ähnliches Bild ist von KAPOSI gesehen worden.

Herr LEWIN: Dieser Fall beweist wieder entgegen der Wiener Schule die Relation der Hauterkrankungen mit den inneren Krankheitsprozessen, wie er dies bei der Urticaria hervorgehoben hat.

Herr WASSERMANN: Ein strikter Unterschied zwischen Pseudoleukämie und Leukämie existiert nicht. Der Ausschlag hat nicht gejuckt schon wegen der Störung in der sensiblen Bahn. Die Sensibilität konnte wegen der Psychose nicht festgestellt werden. Patellarreflex war erhalten.

---

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Nürnberg.

(Nachtrag.)

Abteilung für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Mitteilungen über die Ehrlichschen Mastzellen, von NEUBERGER-Nürnberg. Den Mastzellen, welche bereits vor 16 Jahren von EHRLICH angegeben wurden, ist bisher wenig Beachtung geschenkt worden. Der Vortragende hat das Auftreten der Mastzellen in der normalen Haut studiert. Er fand, daſs dieselben im allgemeinen sehr spärlich im normalen kern- und zellarmen Bindegewebe, hingegen zahlreich in der Umgebung der Haarbälge, der Talg- und Schweiſsdrüsen, in der pigmentierten Haut, besonders im Scrotum, vorkommen. In der normalen Nasenhaut sind vermöge der zahlreichen Talgdrüsen schon viele Mastzellen zu finden; es ist daher irrig, wenn LESSER ihre groſse Zahl als pathognomonisch für Rhinophyma hinstellt. Das Alter macht keinen Unterschied im Auftreten der Mastzellen; beim Fötus fehlen sie.

Sodann stellte der Vortragende Versuche an pathologischen Prozessen an. Für Tumoren kann er die Befunde von BEHRENS bestätigen.

In Sekreten, eiterigen wie mukösen, sind die Mastzellen sehr selten und auch dann nur vereinzelt zu finden.

Von Interesse ist der Befund von Mastzellen in Blutgefäſsen im Verein mit zahlreichen Leukocyten bei entzündlichen Harnröhrenpolypen und die Einwanderung derselben ins Epithel, wie sie in der Drüsenwanderung Bartholinischer Drüsenabscesse und Drüsen von Trachealpolypen gefunden wurde.

Präparate illustrieren das Gesagte.

Abteilung für innere Medizin.

Über die Erkrankung der Nerven bei der Lepra anaesthetica (Lepra maculosa), von DEHIO. Die bei der Lepra maculosa entstehenden Flecke sind rötlichbraun, werden später heller, sogar schneeweiſs und bilden schlieſslich landkartenartige Zeichnungen; anfangs hyperästhetisch, für alle oder einige Gefühlsqualitäten, werden sie zuletzt vollkommen anästhetisch. Stets gesellen sich im weiteren Verlaufe andere nervöse Störungen, vornehmlich an den Extremitäten, in Gestalt diffuser Anästhesie, atrophischer Muskellähmungen und trophischer Störungen (pemphigusähnliche Blasen, Ulcerationen, Mutilationen).

Mikroskopisch sieht man die flächenhaft in der Haut sich ausbreitende lepröse Neubildung in die Saftspalten Lymphgänge eindringen und namentlich auch die Gewebslücken, welche die feinsten Endzweige der Hautnerven enthalten, ausfüllen. Die Anästhesie der Hautflecken ist also ein rein lokaler Prozeſs. Sekundär kriecht der Prozeſs längs den Nerven aufwärts, die Nervenstämme durch dicke, aus Bindegewebe und Rundzellen bestehende Gewebsstränge verwandelnd. Besonders häufig geschieht dieses am Nervus ulnaris. Es handelt sich also darum, von einer Neuritis leprosa ascendens zu sprechen. Wir bekommen dann die

Zeichen einer degenerativen Neuritis: Sensibilitätsstörungen, atrophische Paresen, Lähmungen, trophische Störungen etc.

Abteilung für Laryngologie und Rhinologie.

Zur Behandlung der erfrorenen Nasen empfiehlt Helbing-Nürnberg den konstanten Strom auf Grund von Erfahrungen an 21 Fällen; durch denselben soll der normale Gefäfstonus wiederhergestellt werden. Die Pole kommen beiderseits labil an die Nase; mäfsig starker Strom, 5—10 Minuten; bei sehr empfindlichen Patienten Anode auf das Os zygomaticum, Bestreichen der Haut mit der Kathode. Anfangs tritt eine starke Röte der Haut ein, die einige Stunden bis zwei Tage anhält. Wiederholung nach 2—5 Tagen; 10—15—30 Sitzungen sind nötig. Das Gefühl von Jucken und Brennen beim Übergang von der Kälte zur Wärme hört stets bald auf. Zwei Fälle illustrieren den Erfolg.

In der Diskussion berichtet Ulrich-Halle auch über gute Erfolge mit dem konstanten Strom bei erfrorenen Nasen. Stärker hervortretende Blutgefäfsschlingen müssen durchtrennt werden. 2—3 Sitzungen wöchentlich.

Schuster-Aachen weist auf die guten Erfolge hin, die bei Behandlung der Nase nach Vidal erzielt, indem er zuerst senkrecht, dann horizontal dichte Parallelschnitte mit einem kleinen Messer, ähnlich der Paracentesennadel der Augenärzte, macht; Verband mit Jodoform.

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

Über Erythromelalgie spricht Eulenburg-Berlin. Der Inhalt des Vortrages deckt sich mit den an anderer Stelle vom Vortragenden über denselben Gegenstand gemachten und in *dieser Zeitschrift* referierten Mitteilungen. Die Basis geben drei Fälle von Erythromelalgie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr.

Sitzung vom 30. April 1894.

„Über die Fournier'sche Lehre von der hereditären Infektion" spricht Rosinski. Nachdem vor zwei Jahren in dieser Gesellschaft eine lebhafte Auseinandersetzung zwischen Caspary und Dohrn über das vorliegende Thema stattgefunden, ohne die Gegensätze auszugleichen, unterwirft der Vortragende dieselbe einer erneuten, sehr ausführlichen Besprechung, um sich im Sinne Dohrns gegen Fournier zu wenden. Er versucht, die einzelnen Beweismomente des letzteren zu widerlegen. Wenn man bei den Müttern syphilitischer Kinder die Sklerose vermifst, so beweist das nichts; dieselbe entgeht bei Frauen überhaupt leicht der Beobachtung, da sie ihren Sitz oft an der Portio hat, wenig Beschwerden macht und ohne Narbenbildung heilt. Ebensowenig ist das Vermissen der Schwellung der Inguinaldrüsen von Bedeutung, da ja dem Sitze der Sklerose entsprechend wahrscheinlich die Iliakaldrüsen die am frühesten und stärksten angeschwollenen sind. Fournier führt ferner als Beweis an, dafs beim Manne keine die Übertragung vermittelnden Läsionen gefunden werden, worauf man aber auch keinen Wert zu legen hat. Wenn Fournier auf den eigentümlichen Verlauf der Syphilis bei den betreffenden Frauen hinweise, der nur da vorkomme, wo eine Gravidität vorgelegen habe, so ist das nicht zuzugeben; ebensowenig, dafs die Früchte stets Zeichen von Syphilis aufweisen. Der Vortragende geht sodann näher auf die Permeabilität der Placenta für korpuskuläre Elemente ein und kommt zu dem Schlusse, dafs dieselbe nicht vorhanden ist. In breiten Ausführungen unterwirft der Vortragende sodann unter Heranziehung von Kassowitz die Fournier'sche Lehre einer abfälligen Kritik, ohne aber irgend etwas gegen dieselbe vorzubringen, was nicht schon früher und auch in der letzten Diskussion vor zwei Jahren gesagt worden wäre. Caspary

begnügt sich demgemäfs auch, in der Diskussion zu erklären, dafs auch dieser Vortrag ihn nicht überzeugt habe, und er auf seinem früheren Standpunkte verharren müsse.

Jessner-Königsberg i. Pr.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung vom 4. Mai 1894.

(*Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 19.)

Einen Fall von **Incontinentia urinae**, welcher nach Gersuny operiert war, stellt Hofmokl vor. Es handelt sich um ein 26jähriges Mädchen, bei dem sich unter Kreuzschmerzen, Gürtelgefühl, Parästhesien eine Incontinentia urinae einstellte, welche keiner Therapie wich. Es wurde die Harnröhre umschnitten, um 180° gedreht und durch Seitennähte fixiert. Nach gutem Heilungsverlauf trat vollkommene Kontinenz ein, die Patientin entleert den Harn alle 6—7 Stunden mittelst kurzen Katheters.

Prof. v. Frisch betont in der Diskussion, dafs erst vier Wochen seit der Operation verflossen, ein Urteil über das definitive Resultat daher nicht gefällt werden kann. Gersuny habe auch in einem Falle sechs Wochen später eine weitere Drehung um 180° vornehmen müssen. Ihm erscheine es am besten, von vornherein um 360° zu drehen. Er halte die Gersunysche Operation auch für die beste der in neuerer Zeit empfohlenen Inkontinenzoperationen.

Hofmokl erklärt, er habe mit Rücksicht auf die gleichzeitig vorhandene Detrusorlähmung die Drehung um 180° in diesem Falle für genügend gehalten.

Eine **kongenitale, über mannsfaustgrofse Steifsgeschwulst** bei einem sechs Monate alten gesunden Kinde demonstriert Hofmokl. Dieselbe ist von normaler, etwas verdünnter Haut überzogen, sitzt breitbasig auf, zeigt deutliche Fluktuation, läfst sich durch Druck nicht verkleinern, kommuniciert weder mit Mastdarm, noch mit Blase oder Vagina. Der Vortragende hält den Tumor für ein Teratom, das er zu exstirpieren beabsichtigt. Im Innern fühlt man knollige, runde, ziemlich feste Gebilde.

Prof. Weinlechner hält die Geschwulst für eine multilokuläre Cyste, ähnlich den kongenitalen Halscysten. Er hat fünf solcher Lymphcystenhygrome der Kreuz- und Steifsbeingegend durch wiederholte Punktion und Jodinjektion geheilt. Einmal mufste er zum Messer greifen, er gelangte in Hohlräume, welche viscide Flüssigkeit und eine pomeranzenähnliche Geschwulst bargen, die aus kleinen Cysten und wandständigen Knorpellamellen bestand. Nach 2½jähriger fistulöser Eiterung trat auch hier Heilung ein.

Paltauf bemerkt, dafs auch die Mehrzahl der cystischen, multilokularen Cystomen ähnlichen Sakralgeschwülste Teratome seien.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verein St. Petersburger Ärzte.

Sitzung vom 18. Januar 1894.

(*St. Petersburger med. Wochenschr.* 1894. No. 17.)

Über einige Fälle von Prostataatrophie berichtet Ph. Strauch. In den untersuchten Fällen fehlte der Apex prostatae ganz, ebenso die mittlere Partie, während die Seitenlappen verkleinert waren. Zwei Patienten klagten über Harndrang, einer über Schmerzen am Damm nach dem Coitus und Gürtelschmerz. Die Schmerzen sind durch Verengerung der Deviation, welche die Ductus ejaculatorii bei dem Schrumpfungsprozefs erfahren, zu erklären. Nur einer von den drei Patienten hatte keine Epididiymitis gehabt. In einem vierten Falle handelt es sich um Hemiatrophia prostatae und Sectio lateralis sinistra, die vor Jahren gemacht war. Patient litt abwechselnd an Inkontinenz und vermehrten Harndrang.

Einen Fall von **Codeinexanthem** teilt v. Essen mit. Ein 31jähriger Patient mit Influenza bekam ca. 0,02—0,08 Codein. Am nächsten Tage unter Nachlafs der Influenzaerscheinungen ein lebhaft rotes, flächenförmiges Erythem an der Innenfläche der Arme, von den Händen bis zur Achselhöhle, ebenso an den lateralen Teilen des Rumpfes und Bauches, sowie an der Innenfläche der Schenkel und am Knie. Grofse Flecken mit unregelmäfsigen Rändern sah man am übrigen Körper; wenig Jucken. In zwei Tagen war alles verschwunden. Später wurde dann versuchsweise wieder Codein gereicht, und darauf trat wieder ein diffuses Erythem über den ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes auf; die Scharlachröte schwindet auf Fingerdruck. Der Ausbruch des Erythems erfolgte drei Stunden nach dem Einnehmen unter Frösteln, Hitze, Kopfschmerzen, Ohrensausen. Wieder schwand alles in zwei Tagen nach leichter Abschilferung. Morphium hat keine gleiche Wirkung bei dem Patienten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

V. Kongrefs russischer Ärzte. Sektion für Chirurgie.

Sitzung vom 29. Dezember 1893.

(*St. Petersburger med. Wochenschr.* 1894. No. 4.)

Über **Lithotripsie** spricht Prof. F. Ssinizin. Der Vortragende hat die Operation 127 Mal ausgeführt; die Patienten waren im Alter von 2½—80 Jahren, 5 starben. Als Kontraindikation erkennt der Vortragende nicht das Alter, Erkrankungen der Urethra, Blase, Niere an mit Ausnahme vorgeschrittener Vereiterung der letzteren. Sorgsame Vorbereitung des Patienten durch wiederholte Einführung von Metallinstrumenten, Ausspülung der Blase mit 2%iger Resorcinlösung, Bäder sind nötig. Keine Narkose; je nach der Gröfse der Steine 1—4 Sitzungen. Steine bis zu 7 cm Durchmesser können zertrümmert werden. Die Patienten sind 3—4 Tage nach der Operation gesund, zuweilen sind alle Beschwerden sofort geschwunden. Man kann die Operation auch ambulatorisch ausführen.

Zwei Fälle von spontaner Gangrän berichtet P. Morosow. Beide sind dadurch bemerkenswert, dafs sie durch Elektricität geheilt wurden. In einem Falle war die vierte Zehe gangränös, Amputation, dennoch Fortschreiten der Gangrän. Nach sechs Sitzungen mit dem konstanten Strom (Anode im Nacken) beginnt der Heilungsprozefs. Ähnlich verhielt es sich im zweiten Falle nach Amputation des Unterschenkels wegen Gangrän. Verfasser glaubt, dafs durch den Galvanismus die Innervation der Gefäfse herabgesetzt, der Gefäfskrampf aufgehoben wird.

In der Diskussion berichtet Prof. Tauber über Fälle spontaner Gangrän, die nach Aufgeben des Tabakrauchens geheilt sind.

Wolkowitsch sieht das Wesen der Erkrankung in einer Endarteritis obliterans; die Affektion der Venen und Nerven ist eine sekundäre.

Hagentorn macht auf die ätiologischen Verschiedenheiten der Endarteritis obliterans aufmerksam. Die syphilitische Form unterscheidet sich durch die starke Verdickung der Gefäfse, das Erhaltenbleiben des Pulses und die Besserung auf Jodkalium.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 1. Heft 5. 1894.

I. **Zur Therapie der Furunkulose**, von J. Neuberger-Nürnberg. Verfasser bespricht kurz die in den letzten Jahren von Veiel, Unna, Scharff empfohlenen Methoden der Behandlung der Furunkulose und teilt seine eigenen Erfahrungen mit, die er bei Verwendung des 10%igen Salicylseifenpflasters an 28 Fällen gemacht hat. Sehr brauchbar erwies sich das Mittel bei der Abortivbehandlung der Furunkel, indem in vielen Fällen die vorhandene kleine derbe Infiltration unter einmaliger 24- bis 48stündiger Applikation des Pflasters verschwand. Der Applikation ging gewöhnlich eine Betupfung der erkrankten Stelle mit 5%igem Karbolwasser voraus. Auch bei schon vorgeschrittenen Furunkeln führte die Behandlung mit 10%igem Salicylseifenpflaster schnell zum Ziele.

Verfasser schreibt die günstige Wirkung des Pflasters hauptsächlich zwei Faktoren zu, einmal der stark macerierenden Eigenschaft und dann der antiseptischen Wirksamkeit. Durch die stark macerierende Wirkung des Pflasters kommt es rasch zum Durchbruch der Hautdecke und zur schnellen Lösung und Ausstoßung der Pfröpfe. Dem antiseptischen Einflusse des Pflasters schreibt Verfasser es zu, daß in keinem der behandelten Fälle Komplikationen, wie Ausbreitung des Furunkels, Drüsenschwellungen, Fiebersteigerung oder Störung des Allgemeinbefindens, eintraten. Beim Ausdrücken der Eiterpfröpfe soll man jede Forcierung vermeiden; läßt sich auf leichte Weise wenig oder gar nichts exprimieren, so hat das Pflaster noch nicht genügend gewirkt und wird weiter appliciert. Nach Ausstoßung der Eiterpfröpfe wird mit der Pflasterapplikation bis zur völligen Vernarbung und gänzlichem Verschwinden jeder Infiltration fortgefahren.

II. **Über eine seltene Übertragungsart der Syphilis**, von E. Senger-Crefeld. Ein früher gesunder Mann von 35 Jahren inficierte sich vor sieben Jahren, bekam eine Initialsklerose, dann Leistendrüsenschwellung, später Plaques muqueuses im Rachen. Er machte eine energische Schmierkur durch. Acht Wochen darauf zeigte sich ein Recidiv im Rachen, gleichzeitig traten Nackendrüsenschwellungen und Psoriasis palmaris specifica auf. Patient machte eine zweite energische Schmierkur durch und bekam als Nachkur Jodkalium verordnet, das er lange Zeit einnahm. Seit der zweiten Schmierkur hatte sich nie wieder etwas am Körper gezeigt. Trotzdem unterwarf sich der Patient ein Jahr später einer nochmaligen Einreibungskur, heiratete danach ein gesundes Mädchen und erzeugte drei gesunde Kinder. Die Geburten waren normal, Aborte nicht vorgekommen. Vor zehn Wochen zeigten sich Erscheinungen an den Labien der bis dahin stets gesunden Frau. Verfasser wurde konsultiert und konstatiert zu beiden Seiten der großen Labien mehrere typische Kondylomata lata, erbsengroße Drüsen in den Leisten, am Halse und am Nacken mehrere linsen- und erbsengroße spezifische, psoriatische Flecke. An den Tonsillen waren beiderseits Plaques muqueuses sichtbar. Der gesamte Befund deutete auf zweifellose Lues im frischen, kondylomatösen Stadium hin. Die Syphilis der Frau konnte höchstens 4—6 Monate alt sein. Von großem Interesse war die Frage, wie die Frau die Syphilis acquirierte, da eine extragenitale Infektion, außereheliche Infektion durch einen Dritten bei der Frau sicher ausgeschlossen werden konnte. Der

Ehemann hatte seit 1¾ Jahren einen aufserehelichen Umgang nicht gepflegt. Er erinnerte sich jedoch im August des letzten Jahres ein zuerst juckendes, kleines herpesartiges Ulcus am Penis gehabt zu haben, das keine Schmerzen verursachte und in kurzer Zeit verschwunden war. Er legte dem Bläschen keine besondere Bedeutung bei und setzte den ehelichen Umgang nicht aus. Von dieser Zeit etwa datieren die spezifischen Symptome bei der Frau. Verfasser nimmt an, dafs der Ehemann die Frau angesteckt habe und erklärt diese auffallende Erscheinung dahin, dafs irgendwo im Körper des Mannes, vielleicht im Präputium abgekapselt und abgeschlossen von dem Blut- und Lymphstrom, das Syphilisgift geschlummert habe, bis es durch eine unbekannte Ursache aus seiner Kapsel befreit, eine zu neuer Infektiosität genügende Efflorescenz hervorgerufen hat. So kann es kommen, dafs bei einem von Syphilis scheinbar geheilten Menschen syphilitische Giftdepots zurückbleiben, welche, wie in dem vorliegenden Falle, sieben Jahre lang latent sein und plötzlich ihre Infektiosität entfalten können. Wir hätten dann auch ein Beispiel dafür, dafs das kondylomatöse Stadium der Syphilis sich jahrelang hinziehen kann, ohne dafs der Körper im allgemeinen krank zu sein braucht.

III. **Untersuchungen über den Patellarreflex, insbesondere bei Lues,** von Marx-Berlin. Zur Messung der Höhe des Patellarreflexes diente dem Verfasser der Hellersche Apparat. Das Resultat seiner Untersuchungen fafst M. dahin zusammen:

1. Der Hellersche Apparat ist als durchaus brauchbar für derartige Untersuchungen zu empfehlen.

2. Von den von v. Bechterew angegebenen vier Arten des Kniephänomens finden sich häufig mehrere bei einer Person, sie sind nicht konstant bei ein und demselben Individuum vorhanden.

3. Für den Patellarreflex ist es gleichgültig, ob das Ligamentum praepatellare kurz und von Fett überlagert ist.

4. Die Höhe der normalen Kurven beträgt bei Männern rechts 27°, links 25°.

5. Bei Frauen ist die Reflexhöhe wahrscheinlich höher, ca. 30°.

6. Die Menstruation scheint einen reflexerhöhenden Einfluſs zu haben.

7. Die Ermüdung im Laufe des Tages bringt eine Herabsetzung der Reflexhöhe zu stande.

8. Alkoholismus setzt schon im Stadium, wo noch nichts von einer Neuritis zu erkennen ist, den Reflex um ein Bedeutendes herab.

9. Frisch acquirierte Lues bewirkt in der Zeit des alleinigen Bestehens des Primäraffekts und den ersten Tagen des Exanthems eine bedeutende Reflexerhöhung, rechts 38,2°, links 30°.

(NB. Es wäre von Interesse gewesen zu erfahren, ob während oder nach einer gründlichen antiluetischen Kur der Patellarreflex sich wieder normal verhält. Ref.)

IV. **Die hypodermatische Quecksilberbehandlung der Syphilis.**

J. H. White hatte in einer Publikation: *Der gegenwärtige Stand der hypodermatischen Behandlung der Syphilis* die Ansichten von 32 amerikanischen Dermatologen und Syphilidologen mitgeteilt, unter denen sich nur drei zu Gunsten dieser Methode aussprachen.

Verfasser hat nun, um eine Übersicht der Anschauungen nicht nur eines Landes und einer Schule, sondern der leitenden Syphilidologen in den Hauptzentren der Welt darzubieten, an die meisten und namhaftesten Lehrer und Schriftsteller der Syphilis eine Anzahl von Fragen gerichtet und um einen Ausdruck ihrer Ansichten erbeten. Die Fragen lauteten:

1. Wenden Sie die hypodermatische Behandlung bei Syphilis an?

2. Welches Quecksilberpräparat wenden Sie hauptsächlich an?

3. Ziehen Sie lösliche oder unlösliche Präparate vor?

4. Welchem Mittel schreiben Sie die schnellste und anhaltendste Wirkung zu?

5. Wenden Sie die hypodermatische Methode als allgemeine Behandlung an?

6. Wie lange setzen Sie die hypodermatische Behandlung durchschnittlich fort?

7. Giebt es nach Ihrer Erfahrung Nachteile und unerwünschte Wirkungen der hypodermatischen Behandlung, und welche?

8. Halten Sie die hypodermatische Methode für wohl fundiert?

9. Soll sie nach Ihrer Ansicht als eine regelmäfsige Behandlungsart der Syphilis fortgesetzt oder verlassen werden?

10. Glauben Sie, dafs sie die innerliche Anwendung von Quecksilber bei der Behandlung der Syphilis in erheblichem Grade eingeschränkt hat?

Die Schlüsse, die der Verfasser aus den erhaltenen Antworten auf seine Fragen zieht, sind folgende:

1. Die hypodermatische Anwendung der Quecksilbersalze bei Behandlung der Syphilis ist auf dem europäischen Kontinent, wahrscheinlich mit Ausnahme von Frankreich, weit verbreitet.

2. Während alle die zahlreichen Präparate des Quecksilbers dabei zur Anwendung gelangen, ist das eine besonders beliebte das Sublimat; demnächst Kalomel, dann Salicylquecksilber, darauf gelbes Quecksilberoxyd, sowie Sozojodolquecksilber und Oleum cinereum; die anderen scheinen nur einzelne Anhänger zu haben.

3. Die löslichen Präparate werden anscheinend den unlöslichen entschieden vorgezogen.

4. In Bezug auf schnelle und nachhaltige Wirkung scheint Kalomel den ersten Platz einzunehmen.

5. Nach meiner Untersuchung erscheint es zweifellos, dafs in dem erwähnten Teile des europäischen Kontinents die Spritzkur, wozu ich hier auch die intramuskulären Injektionen rechne, entschieden als allgemeine Behandlung der Syphilis angewandt wird.

6. Die durchschnittliche Zeitdauer der Spritzkur kann nicht genau bestimmt werden, vielmehr soll sie bis zum völligen Verschwinden aller Symptome fortgesetzt werden.

7. Die Ansichten der Korrespondenten über Nachteile und unangenehme Nebenwirkungen der Behandlung ergeben, dafs sie weitaus nicht so häufig und so ernst sind, wie man angenommen hat; sie sind weit häufiger bei den unlöslichen, als bei den löslichen Salzen. Nach der allgemeinen Anschauung der Korrespondenten scheinen ernste Komplikationen durch Sorgfalt und Sauberkeit vermieden werden zu können. Einzelne wenige sind hierin erheblich anderer Ansicht, als die grofse Mehrzahl. Zufälle, wie sie bei allen Arten der Quecksilberbehandlung vorkommen können, dürfen natürlich nicht der Spritzkur zugeschoben werden.

8. Die Frage, ob die Spritzkur eine wohl begründete Methode ist, wird fast allgemein bejaht.

9. Die Korrespondenten erklären bei Beantwortung der Frage, ob die hypodermatische Methode als regelmäfsige Methode der Syphilisbehandlung weiter angewandt oder aufgegeben werden solle, fast allgemein ihre weitere Anwendung für wünschenswert, wenn auch zum kleinen Teil mit gewissen Einschränkungen oder Vorbehalten.

10. Nach den erhaltenen und angeführten Antworten war ich wohl zweifellos berechtigt, vor einiger Zeit zu behaupten, „dafs in den medizinischen Hauptzentren des europäischen Kontinents nur noch wenig oder gar kein Quecksilber mehr innerlich gegen Syphilis gegeben wird“, und dafs in den erwähnten Ländern die hypoderma-

tische Methode die Einführung von Quecksilber durch den Mund in erheblichem Maſse verdrängt hat.

V. **Das Ekzem der Chirurgen**, von O. Lassar-Berlin. Nicht das Ekzem, welches die Chirurgen zuweilen bei den Patienten durch übermäſsigem Gebrauch von Jodoform und Karbolsäure hervorrufen, sondern das sie selbst in der Ausübung ihrer Thätigkeit acquirieren, bespricht Verfasser in interessanter und geistreicher Weise. Meist plötzlich werden die bis dahin durch längere Zeit hindurch gesund gebliebenen Hände mit Brennen, Jucken, Anschwellung, Röte und Rauhigkeit befallen. Jedes menschliche Gewebe hat eben gewisse Grenzen der Widerstandsfähigkeit, deren Unterschiede, soweit es sich um toxische Einflüsse handelt, nur gering und keineswegs prinzipieller Natur sind. Dagegen darf man die mehr mechanischen, die thermischen oder durch Reibung wirkenden Angriffe auf die Integrität, namentlich der Haut in weit höherem Grade als abstufbar bezeichnen, weil es möglich ist, durch Angewöhnung, Übung und Überwachung die physikalische Widerstandsfähigkeit mehr oder weniger zu stärken, die Empfindlichkeit gegen Hitze und Kälte, Trockenheit und Nässe, sowie gegen plötzlichen Wechsel derselben herabzusetzen, die Neigung zu Sprödigkeit oder Maceration — sehr häufige Gelegenheitsmomente für das Entstehen von Hautentzündungen — zurückzudrängen. Bei der Behandlung hat der Satz „Cessante causa cessat effectus“ nur dann praktische Bedeutung, wenn die erste Ursache nicht weiterhin von einer zweiten und dritten abgelöst wird. Daher bildet der Schutz vor mechanischen Insulten und vor der Kommunikation bloſsgelegter Lymphbahnen mit den Fermenten der Aufsenwelt das eigentliche und wesentlichste Prinzip der Behandlung artificieller Ekzeme. Man wechsle unter möglichster Vermeidung von Karbolsäure und Sublimat in dem Gebrauche von anderen desinficierenden Lösungen bei der Operation ab. Im übrigen glaubt Verfasser, daſs die Reinhaltung der Hände und Fingernägel mit lauem Wasser, guter Toiletteseife und etwas Spiritus coloniensis oder Citronensaft vollständig ausreichend besorgt werden kann. Das rücksichtslose, viertelstundenlange Bearbeiten mit Schmierseife und harten Bürsten, das wiederholte Eintauchen in heiſse Sodalösung, Kreolin oder essigsaure Thonerde-Aufschwemmung sind Maſsnahmen, welche auf die Dauer keine Epidermis verträgt. Eine weiche, elastische Haut eignen sich diejenigen an, welche sich mit einer guten Seife waschen und vor dem Abtrocknen die noch feuchten Hände mit einer fettigen Substanz, beispielsweise mit einer Mischung von Olivenöl, Glycerin, Lanolin, Vaselin zu gleichen Teilen und 2 % Resorcin, bestreichen. Diese weiche Salbe sollte man in Zinntuben stets bei sich führen. Schon ein geringes Quantum genügt, um die durch vorherige Seifung und Waschung über Gebühr entfettete Epidermis vor dem Brüchigwerden und damit vor dem Eindringen wässeriger, auch infektiöser Substanzen zu schützen.

Ist das Ekzem aber da, so wird man den jeweiligen Zustand der erkrankten Haut mit entsprechenden Mitteln unter leichten, nicht hitzenden, sicher abschlieſsenden Verbänden während der Nacht behandeln und bei konsequent und mit groſser Geduld fortgeführter, zweckmäſsiger Behandlung auch langwieriger und überaus hartnäckiger Ekzeme endlich Herr werden.

VI. **Xeroderma pigmentosum.** Ein kasuistischer Beitrag von F. Schütte-Berlin. Drei Geschwister (Mädchen), deren Eltern und Angehörige stets gesund gewesen sind, zeigen das Leiden in verschiedenen Stadien der Entwickelung. Bei der ältesten 13jährigen Patientin hatten sich im Jahre 1893 bereits typische Epitheliome entwickelt, welche von Prof. Köbner sämtlich operativ beseitigt wurden. Schon Februar 1894 zeigte sich ein neuer Tumor am oberen rechten Augenlide, welcher nach kurzer Zeit in Ulceration überging. Die mikroskopische Untersuchung der Neubildung ergab

ein typisches Kankroid, das mit dem Galvanokauter zerstört wurde. Bis jetzt ist ein Recidiv nicht aufgetreten.

Bei den jüngeren Schwestern sind Gesicht, Hals, Volarseite der Hände und Unterarme von dunklen, Epheliden ähnlichen Pigmentflecken dicht besät, zwischen welchen die Haut leicht atrophisch ist. Neoplasmen sind hier noch nicht aufgetreten. Die Therapie war in den drei Fällen vollständig erfolglos. Das Leiden schreitet unaufhaltsam weiter, hat aber bis jetzt keinen schädigenden Einfluſs auf den allgemeinen Gesundheitszustand gehabt.

Ein vierter Fall betraf einen jungen Seemann von 23 Jahren. Sein jetziges Leiden begann vor einem Jahre während einer Seereise mit einem ganz kleinen Knötchen auf der linken Seite der Nase, dicht am inneren Augenwinkel.

Gegenwärtig zeigt der Patient an den der Sonne ausgesetzten Körperstellen zahlreiche, Sommersprossen ähnliche Flecke, während die Haut an anderen Stellen, wie die sichtbaren Schleimhäute, blaſs sind. Die ganze linke Gesichtshälfte ist von einer blumenkohlartigen Geschwulst eingenommen, deren Ränder erhaben sind. Das Innere des Tumors ist geschwürig zerfallen und bildet einen tiefen Trichter, welcher von jauchenden, penetranten Geruch verbreitenden, leicht blutenden Massen ausgefüllt ist. Am unteren rechten Augenlide befindet sich ein zweiter, ebenfalls geschwürig zerfallener Tumor, ein dritter auf dem rechten Stirnbein dicht neben dem ersten. Die mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Zwei Schwestern des unglücklichen Patienten zeigen ebenfalls deutliche Anzeichen der Krankheit, jedoch ist es bei denselben zur Tumorenbildung noch nicht gekommen.

Der Patient starb schon zehn Tage nach seiner Aufnahme im Zustande des höchsten Marasmus.

Kein zweiter in der Litteratur veröffentlichter Fall hat innerhalb so kurzer Zeit solch groſse Dimensionen erreicht und einen so rapiden erschreckenden Verlauf genommen.

VII. **Erste syphilitische Infektion bei einem 80jährigen Manne; Iritis; Heilung**, von H. Cohn-Breslau. Ein 82jähriger Gutsbesitzer hatte sich vor zwei Jahren zum ersten Male in seinem Leben angesteckt und zeigte damals ein unzweideutiges syphilitisches Ulcus am Penis, dem sich breite Kondylome am Penis und am Scrotum anschlossen. Später klagte der Patient über Halsbeschwerden. Ende Januar 1893 bekam er einen papulösen Ausschlag über den ganzen Körper und Knochenauftreibungen. Vor einigen Wochen war Augenkatarrh und Stirnschmerz über dem rechten Auge eingetreten. Gegenwärtig ist eine starke Iritis des rechten Auges vorhanden; die Pupille ist am inneren Rande mehrfach an die Linsenkapsel unlösbar festgewachsen, während sie sich nach aufsen durch Atropin erweitern läſst. Auf dem Rücken und den Unterschenkeln sieht man papulöse Syphilide. Das Allgemeinbefinden ist ganz gut.

Verfasser verordnete Sublimat 0,3, Chin. muriat. 0,6, Sacch. q. s. f. pilul. No. 60 täglich dreimal 1 Pille nach der Mahlzeit bis zu sechs Pillen steigend; ferner graue Salbe an die Schläfe; Atropin ½% mit Kokain 2% ins Auge, täglich sechsmal. Der Patient nahm in 100 Tagen 3 g Sublimat und wurde völlig geheilt; nur einige hintere Synechien an der Pupille blieben ungelöst. *C. Berliner-Aachen.*

The British Journal of Dermatology.

1894. Heft 5. (Mai).

I. **Über persistierendes Erythema und seine Behandlung**, von J. F. Payne. Verfasser definiert das Erythem als eine Krankheit, welche ohne ein Trauma die Wirkungen einer traumatischen Entzündung reproduciert oder simuliert. Das Erythem

sieht einem durch äufsere Reize hervorgerufenen artificiellen Ekzem sehr ähnlich, nur erscheint beim Erythem das Irritament mehr transitorisch, während beim artificiellen Ekzem die fortgesetzte Einwirkung des Irritaments notwendig ist.

Man kann nach dem Vorschlage des Verfassers drei Klassen von Erythem unterscheiden:

1. Das toxische Erythem, hervorgerufen durch Medikamente oder Gifte, einschliefslich einer kleinen, aber deutlichen Gruppe, welche in zersetzten Nahrungsmitteln ihre Ursache hat.

2. Das Erythem, welches im Gefolge spezifischer Krankheiten (Pocken, Scharlach, Typhus etc.) auftreten kann, von den charakteristischen Exanthemen dieser Krankheiten aber wohl unterschieden ist.

3. Das Erythem, als Krankheit sui generis. Verfasser bespricht die einzelnen Klassen ausführlich und beschreibt sieben Fälle, aus denen er folgendes Resumé zieht:

In den eben beschriebenen Fällen haben wir es mit einer erythematösen Affektion zu thun, welche auf gewissen Hautstellen für Wochen, Monate oder sogar Jahre ohne Veränderung ihres Charakters bestehen bleibt; und dieser Charakter allein würde hinreichen, das Erythem von jeder Form des Ekzems, das sich durch lokalen Reiz verschlimmert oder vom Lupus erythematosus, der stetig fortschreitet, wohl zu unterscheiden. Die Mehrzahl derselben entspricht dem „Erythème scarlatiniforme" der französischen Dermatologen, welches als charakteristische Merkmale eine helle Röte mit Abschuppung zeigt. Brennen und Schmerzempfindung sind ebenfalls hervorstechende Züge der Affektion. Meistens sind derartige Erytheme symmetrisch.

Was die Behandlung betrifft, so kann nahezu in allen Fällen von persistierendem Erythem mit Medikamenten ein gutes Resultat erzielt werden. Wenn eine Eruption viele Wochen bestanden hat, ohne die geringste Tendenz zu spontanen Verschwinden zu zeigen, so kann man auf eine unmittelbare günstige Wirkung gewisser Arzneien mit Bestimmtheit rechnen. Chinin in grofsen Dosen oder Natrium salicylicum werden die Eruption in fast allen Fällen rasch beseitigen. Chinin sollte in Dosen à 0,3 gegeben und 1—2 g täglich verbraucht werden. Kleine Dosen sind nutzlos. Natrium salicylicum sollte besonders in solchen Fällen verordnet werden, wo Anzeichen von Rheumatismus vorhanden sind.

Die lokale Behandlung dieser Erytheme erstrebt zweierlei, einmal adstringierend auf die Blutgefäfse und zweitens beruhigend auf die Nerven zu wirken. Bleiwasserumschläge, wenn mit Ausdauer appliciert, haben eine vorzügliche Wirkung. Als Sedativa sind Karbolsäure, Kreolin, Teerlösungen zu erwähnen.

Salben sind bisweilen ebenfalls nützlich, obwohl sich unter ihnen die Haut heifser anfühlt. Den Lösungen sollte immer etwas Glycerin zugesetzt werden, um die Verdunstung zu mäfsigen, aber nicht ganz zu verhindern.

II. **Ein Fall von sog. Erythema elevatum diutinum**, von F. J. Smith-London. Die 19jährige Patientin war bis vor einem Jahre gesund, als sie eines Tages über rheumatische Schmerzen in den Armen zu klagen begann. Ziemlich gleichzeitig trat der Ausschlag auf der Haut auf, um dessentwillen der Arzt konsultiert wurde. Die Affektion begann mit einem weifsen Fleck, über dem sich nach und nach die Haut verdickte und vergröfserte.

Gegenwärtig sieht man an der rechten oberen Extremität, und zwar an der hinteren Fläche des Ellenbogens unter- und oberhalb des Gelenkes, vier vereinzelt stehende Knötchen. Die Haut des ganzen Daumens bis zum Karpalgelenk ist verdickt und vergröfsert. Einen ähnlichen Zustand zeigten der erste, dritte, fünfte Finger, deren Haut mehr oder weniger bis zur Handfläche verdickt und vergröfsert war.

Am linken Ellenbogengelenk befanden sich zwei Knoten. Der erste und dritte Finger waren in ähnlicher Weise, wie rechts befallen und zeigten namentlich an der Dorsalfläche einige Knoten. Die letzteren ragten etwa 1/12 Zoll über das Niveau der Haut hervor, fühlten sich fest an, waren auf der darunterliegenden Fascie oder Sehne leicht verschiebbar und zeigten eine blaurote Färbung. Die Epidermis über den Knoten war intakt, niemals hatte sich Neigung zur Ulceration gezeigt. Unter dem Mikroskop sah man nur dichtes fibröses Gewebe.

Verfasser bespricht die Diagnose, Nomenklatur, Prognose und Therapie des Falles. Die letztere war erfolglos, denn zwei Jahre, nachdem die Patientin sich zum ersten Male dem Arzte vorgestellt hatte, war keinerlei wesentliche Veränderung in dem Zustande der Affektion eingetreten.

III. **Erythema elevatum diutinum**, von H. R. Crocker. Während seines jüngsten Aufenthaltes in Paris hat Verfasser im Museum Baretta ein Modell gesehen, welches genau der vom Verfasser und Buri beschriebenen Affektion entsprach. Unter No. 1599 war die Hand eines Kindes zu sehen mit „Fibrômes multiples nodusaires des extremités, histologiquement fibrômes fasciculés", wie Quinquaud den Fall diagnosticierte. Die Läsionen saſsen sowohl an der Palmar-, wie Dorsalfläche der Hand und glichen genau den von Buri und Crocker veröffentlichten Fällen.

Es wäre interessant, die Krankengeschichte des Quinquaudschen Falles zu erfahren.

IV. **Einen Modus, multiple Xanthome zu behandeln**, von Leslie Roberts-Liverpool. Der vorliegende Fall beweist, daſs die äuſsere Behandlung der Xanthomata nicht so hoffnungslos ist, wie sie vielfach in Büchern angegeben wird.

Der Fall, welchen der Verfasser beobachtete, betraf einen 27jährigen, kräftig gebauten, gesunden Handwerker. Eine Vergröſserung der Leber konnte durch die Perkussion nicht konstatiert werden. Gelbsucht war nicht vorhanden. Der Harn war frei von Zucker.

An den Handflächen und Fingern, namentlich an den Interdigitalflächen, zeigte der Patient eine Anzahl dieser Tumoren. Eine kleine Gruppe von Xanthomen befand sich um beide Ellenbogen und einige andere am Gesäſs.

Verfasser verordnete, die befallenen Stellen drei- bis viermal täglich mit folgender Lösung zu bepinseln:

℞ *Acid. salicyl.*
Ol. Ricini ää 3,5
Liq. Epispastici gtts. XV.
Aether. acetic. ad 100,0

Der Zustand besserte sich langsam, aber deutlich. Nach etwa dreiwöchentlichem Gebrauche hatten sich die Tumoren wesentlich verkleinert, die Schmerzen nachgelassen. Einige Monate später zeigte sich der Zustand wahrscheinlich infolge nachlässiger Behandlung noch unverändert, weshalb Verfasser verschrieb:

℞ *Acid. salicyl.* 3,5
Chrysarobini
Ol. Ricini ää 2,0
Collodic. elastic. ad 100,0
Mf. Solut.

Einige Monate später waren Knoten an Händen und Fingern weder zu sehen noch zu fühlen. Die Handflächen waren weich, geschmeidig und frei von Spannung und Schmerzen.

V. **Die Elektrolyse bei Acne vulgaris**, von Leslie Roberts. Die 29jährige Patientin litt an einer hartnäckigen und oft wiederkehrenden Form von entzündlicher Akne im Gesicht. Bereits 13 Jahre dauerte das Leiden.

Im Jahre 1892 sah sie Verfasser zum ersten Male, als sie von einem akuten Akneschub befallen wurde. Unter einer Salicylschwefelsalbe besserte sich der Zustand, um im Frühlinge 1893 sich von neuem zu verschlimmern. Im Juni desselben Jahres begann Verfasser die Behandlung mit Elektrolyse und bediente sich hier einer trockenen Leclanché-Batterie. Die Stromstärke betrug nie über drei Milliampères. Um einen grofsen Knoten zu beseitigen, waren 2—3 Sitzungen nötig. Seit dieser Behandlung hat die Patientin nahezu ein Jahr lang noch unter Beobachtung des Verfassers gestanden. Ein Recidiv hat sich während dieser Zeit nicht gezeigt. Die Haut blieb glatt und frei von jeder entstellenden Narbe. Verfasser will später über die Resultate derselben Behandlung an anderen Patienten berichten.

C. Berliner-Aachen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1894. No. 5.

I. **Urethritis chronica und Verengerungen**, von Wassermann und Hallé. Schon im Jahre 1891 haben die Verfasser drei Fälle von Strikturen gonorrhoischen Ursprungs genau beschrieben und mit einigen historischen und pathologisch-anatomischen Bemerkungen versehen. In der neuen, sehr ausführlichen und beachtenswerten Arbeit werden zwölf weitere Strikturfälle klinisch, und namentlich gründlich vom pathologisch-anatomischer Seite aus geschildert. Wenngleich die in Betracht kommenden zwölf Fälle sehr schwere Formen, gewissermafsen die schlimmsten Stadien darstellen, so war doch die Möglichkeit gegeben, die Übergänge von der chronischen Urethritis zur Striktur genau nachzuweisen. Die neueren Arbeiten von Vajda, Neelsen, Baraban und besonders die Forschungen Fingers sind wesentlich berücksichtigt und mufsten günstig zur Vertiefung der ganzen Arbeit beitragen. Indem wir das Studium des Originals selbst empfehlen, sei von den Ansichten der Verfasser folgendes hervor gehoben: „Es scheint, dafs ein fortschreitender pathologisch-anatomischer Prozefs von der chronischen Urethritis hinüberführt zur Harnröhrenverengerung. Bei der Urethritis beschränkt die Entzündung, die nur herdweise lokalisiert ist, ihre Wirkung auf das Epithel und das subepitheliale Gewebe. Aber die anfänglich akute, durch kleinzellige Infiltration gekennzeichnete krankhafte Veränderung organisiert sich, Spindelzellen erscheinen, später Bindegewebe, und so ergiebt sich endlich eine kleine oberflächliche Narbe, welche ein pathologisches Epithel trägt. Wenn die krankhafte Veränderung an Ausdehnung und namentlich an Tiefe gewinnt, wenn die Narbenbildung bleibt und teilweise oder ganz das Corpus spongiosum verdrängt, so verliert die Harnröhre ihre Ausdehnungsfähigkeit und ihr normales Kaliber: die Verengerung ist fertig. Die ganze Harnröhre samt ihrer erektilen Umhüllung ist dann krank. Der Ausdruck totale sklerosierende Urethritis scheint sehr geeignet, um denjenigen Vorgang zu bezeichnen, welcher endgültig zur Striktur führt. Berücksichtigt man, wie tief die periurethralen krankhaften Veränderungen eindringen, wie sie einen grofsen Teil oder die Gesamtheit des Corpus spongiosum befallen, so begreift man leicht, warum die üblichen therapeutischen Mittel (Dilatation, Urethrotomia interna) oft genug eine endgültige Heilung nicht sichern können; ja selbst eine tiefe Incision in das derbe Bindegewebe wird nicht stets zum Ziele führen; nach einer vorübergehenden Besserung des Kalibers kann Rückfall sich erzeugen. Wäre es möglich, rechtzeitig diese sonst unheilbaren Fälle zu diagnosticieren, so könnte es sicher von Vorteil sein, baldigst sie mit Resektion zu behandeln, wenigstens solange die tiefen krankhaften Veränderungen noch ziemlich beschränkt sind."

II. **Das Antipyrin als schmerzstillendes Mittel für die Blase,** von VIGNERON. Nachdem der Verfasser drei Fälle von Cystitis geschildert (im Gefolge von Prostata-Hypertrophie, Stein und Striktur, resp. Tuberkulose), bei welchen er einen schmerzstillenden Effekt des Antipyrins deutlich wahrnahm, empfiehlt er das Mittel für jede Cystitis, deren örtliche Behandlung Schmerzen hervorruft. Verträgt die Blase nur eine geringe Ausdehnung, so spritze man 10—20 g einer 4%igen Antipyrinlösung ein und lasse diese etwa zehn Minuten in der Blase verweilen; erst dann folge die beabsichtigte Einträufelung oder Injektion des Argentum nitricum, Sublimats oder ähnlichem. Ist die Blase besser ausdehnungsfähig, so wäscht man sie zuvor aus und erst dann spritze man 60—100 g oder noch mehr einer 1—2%igen Antipyrinlösung in die Blase, woselbst man sie beläßt. *Neuhaus-München.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.
1894. Fasc. I.

Das Tuberkulin beim Lupus, von CARRUCCIO. Verfasser teilt 12 Krankengeschichten von Patienten mit verschiedenen Arten von Lupus mit, welche mit Tuberkulininjektionen behandelt wurden. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Die anatomischen Läsionen der Haut nach den Injektionen sind denjenigen bei heftigen entzündlichen Prozessen gleichzustellen (Dermatitis acuta). Dafür, daſs ein akuter entzündlicher Prozeſs einen chronischen zur Auflösung bringen kann, liefern einen neuen Beleg für die Wirkung des Tuberkulins beim Lupus, sowie gewisse Medikamente, welche chronische entzündliche Affektionen durch Erzeugen einer akuten Dermatitis zu heilen vermögen. In letzterem Sinne wirkt das Chrysarobin beim Lupus (CAMPANA).

Morphologie des kultivierten Leprabacillus, von CAMPANA. Der Bacillus ist 2—4 μ lang, meist gerade, seltener gekrümmt. Bei der Färbung zeigt er ein homogenes, hier und da von hellen Pünktchen unterbrochenes Protoplasma, an welchem eine Kapsel nicht zu unterscheiden ist. Die genannten Pünktchen befinden sich an verschiedenen Stellen des Bacillus und treiben denselben, zu Gruppen vereinigt, zuweilen an 2, 3 und 4 Punkten auf. Auſser den Bacillen findet man in den Kulturen, besonders, wenn diese älter sind, rundliche Körperchen, welche den obengenannten im Inneren der Bacillen ähnlich sind, sowie auch jenen, die man zwischen Bacillenhaufen im menschlichen Organismus antrifft. Ferner enthalten die Kulturen auf ungünstigen, schwachsauren Nährböden eine Art von Diplococcus.

Naevi angiomatosi im Gebiete von Hautnerven, von FELICIANI. Verfasser teilt die Krankengeschichten von dreien solcher Fälle mit. Im ersten befindet sich die Läsion im Gebiete des zweiten Astes des linken Trigeminus (30jährige Frau); im zweiten Falle ist die Region des zweiten und dritten Astes derselben Nerven befallen; im dritten ist der Naevus begrenzt: oben vom unteren Augenlidrand, innen von der Mittellinie des Kopfes, auſsen von einer Linie, welche 1 cm vom äuſseren Augenwinkel nach dem Mundwinkel zieht. Ein zweiter unregelmäſsig begrenzter Fleck liegt in der Schläfengegend. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Fibrillen der Hornzellen der Haare und die Beziehungen der Pigmentkörperchen zu denselben, von W. v. NATHUSIUS-Halle. (*Arch. f. mikrosk. Anat.*

Bd. 43.) Verfasser benutzte zur Gewinnung der Hornzellen des Haares ein einfaches Verfahren: er brachte die Haare in ein mit 10%iger Ammoniaklösung gefülltes, mit eingeriebenem Stöpsel versehenes Glasfläschchen und stellte dieses für zweimal 24 Stunden in die Röhre des mäfsig warmen Stubenkachelofens. Wenn die Einwirkung so weit getrieben wird, dafs die Haare beim Schütteln zerfallen, erhält man durch Zerzupfen schöne, isolierte Hornzellen. Es lassen sich bei weitergehender mechanischer Zerteilung auch die Fibrillen erkennen und isolieren, obgleich der Ammoniak dieselben auch angreift. Zweckmäfsig ist es, nach dem Zerzupfen mit der Messerklinge, ohne zu reiben, einen starken Druck auszuüben. Am besten ist es, nach dem Macerieren in der Wärme und mehrere Monate das Ammoniak bei gewöhnlicher Temperatur einwirken zu lassen; dann erhält man vollkommen in Fibrillen zerfallene Hornzellen.

Um die Fibrillen zu messen, wäscht man vor der Zerkleinerung sorgfältig mit Wasser aus und läfst das Präparat unter dem Deckglas eintrocknen. Man mufs sich hüten, die Fibrillen mit zufälligen Verunreinigungen zu verwechseln. Bei verschiedenen Wollen und Federn schwankt der Durchmesser der Fibrillen zwischen $^2/_3$ und $^1/_3$ μ, er steht nicht im Verhältnis zur Dicke des Haares; ein erheblicher Unterschied in der Dicke der Fibrillen besteht nicht. Die Anordnung der Pigmentkörper in farbigen Haaren entspricht der Anordnung der „Lichträume" in farblosen. Ferner stellt Verfasser fest, dafs die Pigmentkörner in den Fibrillen liegen; sehr geeignet fand er dabei die Anwendung des von Kromayer verwendeten Methylvioletts. Dauerpräparate erhält man durch Zusatz von Chlorcalciumlösung zu dem ohne Deckglas angetrockneten Präparate; es findet dann keine Farbstoffauflösung statt; allerdings bilden sich oft Krystalle, die aber sich unterscheiden lassen.

Auffallend sind die sehr grofsen Hornzellen in den Seitenstrahlen der Kakadufedern.

Wenn Waldeyer glaubt, dafs die Hornzellen durch die Fibrillen verbunden sind, Fibrillen gefunden werden, welche länger sind, als die Hornzellen, so kann ihm Verfasser hierin nicht beistimmen.

Schliefslich wendet sich Verfasser gegen den Ausdruck „Protoplasmafaserung", den auch Kromayer braucht, und tritt auch denen entgegen, welche die Entstehung des Pigments in andere Organe verlegen, statt in die betreffende Zelle selbst. Wir finden bei schwarzbraunen Schafhaaren schon Pigment, wenn das Keimlager noch pigmentlos ist, und wo wir im Keimlager Pigment finden, es aber im Haar und Horn vermissen, ist doch die Cutis pigmentfrei. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Fettzelle, ihr Ursprung, Entwickelung und histologische Bedeutung, von W. C. Borden. (*New York med. Journ.* 24. Februar 1894.) Auf Grund eingehender vergleichender anatomischer Untersuchungen ist Verfasser zu dem Resultat gelangt, dafs die Fettzelle nicht eine einfache Entartung des Bindegewebes, sondern ein Gewebe sui generis darstellt. Bei den Wirbeltieren findet sich Fett nur an ganz bestimmten Stellen; beim Frosch nur in den sogenannten „Fettkörpern" der Bauchhöhle, bei der Kröte aufser in der Bauchhöhle auch an den Ansatzstellen der Extremitäten, am Hals an zwei Stellen und am Herzen; beim Kamel besteht der Höcker fast ausschliefslich aus Fett. Beim Menschen würde eine derartige Zentralisation des Fettes sehr hinderlich sein, aber manche Körpergegenden (Niere, Fufssohle, Handteller, Augenhöhlen etc.) enthalten unter allen Umständen etwas Fettgewebe, während andere Teile niemals fettige Entartung aufweisen (Schädelhöhle, Augenlider, Darmschleimhaut etc.). Von den primären Fettzentren aus findet auf metastatischem Wege bei den höheren Vertebraten unter geeigneten Umständen eine sekundäre Entwickelung von Fett auch an vielen nicht ursprünglich für die Fettbereitung bestimmten Stellen

statt. Diese sekundären Fettzellen sind aber auch histologisch von den primären etwas verschieden, wie Verfasser durch beigegebene Abbildungen darlegt. Die metastatische Fettbildung geht in der Weise vor sich, dafs die abgesprengte Primärzelle sich im Bindegewebe neben den Gefäfsen festsetzt, sich mit einer Kapillarschlinge von demselben aus umspinnt und alsdann die Bildung weiterer Zellen und die Sekretion von Fett beginnt.

Diese ganze Auffassung des Fettgewebes als eine Drüse ohne Ausführungsgang mit der Fähigkeit der Metastasenbildung, bedarf, so interessant und anregend die Mitteilung Bordens ist, entschieden noch der weiteren Untersuchung.

Philippi-Nieheim.

Klima und Hautfarbe, von Ludwig Wilser. (*Korrespondenzbl. d. dtsch. Gesellsch. f. Anthropologie, Ethnologie u. Urgeschichte.* 1894. No. 3.) Von jeher hat man die Abhängigkeit der Hautfarbe von der Sonne angenommen; bei Plinius, Tacitus finden wir diesbezügliche Äufserungen. Noch heute stehen manche Forscher auf dem Standpunkte der Alten, jedoch scheint derselbe nicht der richtige zu sein. Die Frage, ob die Menschen von einer Urrasse stammen, welche hierbei von Wichtigkeit ist, scheint verneint werden zu müssen; dafür spricht vor allem die verschiedene Beschaffenheit der Schädel. Die Mongolen und Malayen sind rundköpfig, wie die menschenähnlichen Affen; in Afrika und Europa sind die Menschenrassen langköpfig, wie der Gorilla und der Schimpanse; derselbe Parallelismus besteht auch in der Hautfarbe. Die Hellfärbung der Europäer scheint durch Bleichung, durch Pigmentverlust entstanden zu sein, welche vornehmlich durch Lichtmangel bedingt wird, vielleicht auch durch Wärmemangel. Natürlich können nur unendliche Zeiträume diese Differenzen bewirkt haben. Es stimmt mit dieser Anschauung nicht die von Weismann vertretene Lehre von der „Nichtvererbung erworbener Eigenschaften"; nur die „Auslese", die „Naturzüchtung" soll die Abänderung der Arten bewirkt haben. Durch die Auslese werden natürlich nur vorteilhafte Eigenschaften gezüchtet; Pigmentverlust ist aber durchaus keine solche, da mit derselben eine verminderte Widerstandsfähigkeit einhergeht. Die Weismannsche Lehre ist aber auch nicht haltbar. Die amerikanische Rasse ist jedenfalls erst später in jenen Weltteil eingewandert und ist, das beweisen die verschiedenen Schädelformen, doppelten Ursprungs; auch die Farbe ist eine Mischfarbe.

In der Pigmentierung haben wir ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal der Rassen, das sich mit grofser Zähigkeit vererbt. Wichtiger aber ist noch die Schädelform. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Schilddrüsennahrung bei Hautkrankheiten, von Leslie Philipps-Birmingham. (*The Brit. med. Journ.* 25. November 1893). In einem Falle von Xeroderma trat nach zwölftägigem Gebrauche des Mittels eine wesentliche Besserung ein. In drei Fällen von Psoriasis, in einem Falle von Ekzem war das Resultat mehrwöchentlicher Behandlung mit dem Mittel ein vollständig negatives. *C. Berliner-Aachen.*

Infektion der Hautwunden und Desinfektionsmethoden. (*Rif. med.* 1894. No. 32). Bakteriologische Untersuchungen von Lookwood (*Brit. med. Journ.* 1894. No. 4) haben ergeben, dafs die menschliche Haut (Epidermis, Talgdrüsenausführungsgänge etc.) zahlreiche Mikrobien enthält, die sich für Katzen und Kaninchen als aufserordentlich toxisch erwiesen. Die Bedeutung derselben bei Kontinuitätstrennungen der Haut liegt demnach auf der Hand. Dementsprechend verlangt L. eine peinliche Desinfektion der Haut vor jedem operativen Eingriffe, und zwar nach einer der nachstehenden Methoden:

1. Energisches Bürsten mit Schmierseife und Wasser; Abwaschen mit Äther und darauf mit einer 5%igen Karbollösung; Auflegen einer 2½%igen Karbolkompresse während 24 Stunden vor der Operation.

2. Reinigung mittelst Bürste, Schmierseife und warmem Wasser; Abwaschen mit Benzin-Leed und 5%iger Karbollösung; Karbolkompresse.

3. Reinigung wie oben; Abwaschen mit Seife und 5%iger Karbollösung, dann mit Äther; Karbolgaze die in 0,5‰ige Sublimat-Glycerinlösung getaucht worden.

4. Reinigung wie oben, dann mit einer 0,25‰igen Lösung von HgJ_2; Auflegen einer in HgJ_2-Glycerinlösung (0,25‰) getauchten Kompresse.

Die Hände desinficiert er in folgender Weise: Beschneiden der Nägel, Abbürsten mit warmem Seifenwasser, Eintauchen der Hände in eine 1‰ige Sublimat-Alkohollösung während einer Minute.

Schwämme werden in sterilisiertem Wasser gewaschen, während einer halben Stunde in 25%ige Sodalösung getaucht, wieder mit warmem sterilisierten Wasser gewaschen und schliefslich zwölf Stunden lang in eine kalte Schwefelsäurelösung (1:5) gelegt.

Pinsel werden während einer Stunde dem Wasserdampfe ausgesetzt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Technik der Hauttransplantation nach THIERSCH, von Dr. JULIUS SCHNITZLER und Dr. KARL EWALD. (*Centralbl. f. Chir.* 1894. No. 7). Als Gründe für die Notwendigkeit der Entfernung der Granulationen vor der Überpflanzung der Läppchen nach THIERSCH wird angeführt, dafs die Granulationen kein Dauergewebe darstellen und deshalb auf eine Anheilung der auf sie gelegten Läppchen nicht gerechnet werden kann, und dafs die künstlich überhäutete Fläche weniger verschieblich gegen die Unterlage würde. Der erstere Grund ist schwer begreiflich, da ja Granulationsbildung stets der Überhäutung vorausgehen mufs, und man sogar annehmen müfste, dafs die Anheilung der auf frische Wundflächen gelegten Läppchen erst nach Granulationsbildung vom unterliegenden Gewebe erfolgt. In der That haben die Verfasser bei Überpflanzung auf Granulationsflächen anstandslose Heilung gesehen. Auch die Befürchtung geringerer Verschiebbarkeit ist unbegründet.

Die bei Granulationen nicht leicht durchzuführende Asepsis scheint hier nicht sehr grofse Bedeutung zu haben, gelang den Verfassern doch sogar eine Transplantation im Munde auf eine granulierende Fläche. Natürlich erspart die Transplantation auf granulierende Wunden Blut und Schmerz.

Lokale Anästhesie zur Entnahme der Läppchen wurde durch Kokaininjektion, besser noch durch Äthylchlorid erzielt. Die Läppchen thauen am Messer und an der Wundfläche auf, ohne irgendwie Schaden zu nehmen.

Die Verwendung gröfserer Hautläppchen unterscheidet das Verfahren der Verfasser von dem REVERDINschen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Schicksal der nach dem Verfahren von THIERSCH verpflanzten Hautstückchen, von E. GOLDMANN. (*Beitr. z. klin. Chir.*, von BRUNS etc. No. VIII aus der Freiburger Klinik.) Man hat beobachtet, dafs Hautstellen, die durch THIERSCHsche Transplantationen gedeckt sind, stark abschuppen, dafs sie gegen die Unterlage verschieblich sind, dafs die ursprüngliche Niveaudifferenz ausgeglichen ist, und dafs die Sensibilität sich herstellt. Verfasser hatte Gelegenheit, transplantierte Haut ca. vier Monate nach der Operation zu untersuchen, und sucht nun die obigen Beobachtungen zu erklären. Er fand die transplantierte Haut in ausgiebigster Weise mit elastischen Fasern versorgt, von denen er glaubt, dafs sie aus dem Mutterboden in die „Narbe" hineinwuchern. Man findet ein unter der Oberhaut gelegenes, dem von UNNA und ZENTHOEFER als subepithelialen beschriebenen entsprechendes Faser-

netz, welches die Schrumpfung der transplantierten Haut verhindert. In Bezug auf die Gefäfse ist zu bemerken, dafs sich der Körperoberfläche parallel verlaufende Gefäfsstämme an der Grenze des Mutterbodens finden, von denen etwa in der Entfernung einer Papillenbreite feine Ästchen abgehen, die zunächst gegen die Oberfläche verlaufen, dann parallel zu ihr abbiegen, und mit dem nächstgelegenen anastomosieren. In diesen Gefäfsen zeigen sich auch nach Monaten noch Mitosen, so dafs also noch lange eine Gefäfsneubildung stattfindet. Im Verein mit dieser Gefäfsneubildung verlaufen noch andere progressive Wucherungsvorgänge, welche die Ausgleichung der Niveaudifferenzen herbeiführen. Was die Ernährung der Epidermis anlangt, so fand Verfasser reichlich Ehrlichsche Mastzellen an der Transplantationsgrenze, entsprechend den von Karg beschriebenen pigmenthaltigen Bindegewebszellen, die in die Epidermis ausgewandert waren. Die Herstellung der Sensibilität erklärt Verfasser sich durch das Hineinwachsen von markhaltigen Nervenfasern, doch behält er sich über ihren Ursprung und ihre Endigungsweise weitere Mitteilungen vor. Den Grund, warum es bei einer Narbenbildung durch Granulation nicht zu solchen progressiven Wucherungen kommt, sieht Verfasser mit Ziegler darin, dafs in der Wegnahme von Wachstumshindernissen eine wichtige Veränderung für das Zustandekommen von Gewebsneubildung liegt; die Epidermis übt einen Druck aus, und setzt dem sich stetig expandierenden Granulationsgewebe eine Spannung entgegen. *F. Hahn-Bremen.*

Antwort auf die Arbeit des Herrn Professors Senator: Wie wirkt Firnissen der Haut beim Menschen? von Max Levy-Dohrn. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. XXIV. No. 3 u. 4.) Nachdem sich Verfasser gegen die in diesem Blatte referierten, von Senator gegen seine Ausführungen erhobenen Einwendungen gewendet, weil dieselben mifsverständlicher Auffassung ihre Entstehung verdanken, wendet er sich zu den Gründen, aus welchen er, im Gegensatze zu Senator, es nicht für erwiesen hält, dafs die Abkühlung des Körpers die einzige Schädlichkeit ist, welche durch das Firnissen der Haut bewirkt wird. Da Kaninchen trotz Erwärmung während des Experimentes nach fünf Tagen sterben, so ist es nicht auszuschliefsen, dafs nicht, wie Verfasser selbst vermutungsweise aussprach, die Übererwärmung allein den Tod herbeigeführt, sondern andere schädliche Faktoren. Die Versuche an Tieren wie an Menschen sind überhaupt noch nicht lange genug ausgedehnt worden, um über diese Fragen endgültig zu entscheiden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Sekretionsanomalien.

Die Natur der Vernix caseosa, von Wallace Beatty. (*Brit. Journ. of derm.* Juli 1893.) Der Verfasser untersuchte die mit Vernix caseosa bedeckte Kopfhaut eines neugeborenen, unmittelbar nach der Geburt gestorbenen Kindes und stellte fest dafs die Vernix caseosa nicht, wie Unna annimmt, von den Schweifsdrüsen, sondern von den Talgdrüsen ausgehe. *C. Berliner-Aachen.*

Rote Chromidrosis, von M. B. Hartzell. (*Univ. med. Mag.* nach *New York med. Journ.* 15. Juli 1893.) Der Name ist, wie Verfasser selbst hervorhebt, schlecht gewählt, denn der Schweifs wird nicht als solcher in rotem Zustande secerniert, sondern erst infolge der Einwirkung eines den Haaren anhaftenden Pilzes nimmt er die rote Färbung an. Der bei den mitgeteilten Fällen beobachtete Fungus hatte Ähnlichkeit mit dem Micrococcus tetragenus. Besondere Beschwerden verursachte die Affektion nicht. Antiseptische Waschungen waren mehr oder weniger erfolgreich. Von Hoffmann, Pick und Babès ist über ähnliche Beobachtungen berichtet worden.

Philippi-Nieheim.

Gegen Schweifse empfiehlt Olszewski-Krakau als ausgezeichnet wirksam: Extr. fluid. Hydrast. canadens., 25—30 Tropfen ein- bis dreimal täglich. Von 73 Fällen von Tuberkulose wirkte es bei 70 unfehlbar. Nur in zwei Fällen von 93 verursachte das Mittel Erbrechen. (*Wien. med. Bl.* 1893. No. 14.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Schweifs als vikariierende Menstruation, von H. Gillet. (*Ann. de la Policlin. de Paris.* 1892. No. 8.) Menstruatio vicaria aus Nase, Lungen, Nabel, Brustwarzen sind oft beschrieben. Manchmal findet man an ihrer Stelle eine Reihe von Beschwerden (Molimina) und vasomotorischen Störungen, die sich nach einigen als Urticaria, Furunculosis, Herpes etc. äufsern. Sogar Anasarca und Ascites will man als Ersatz der Menses gesehen haben. Du Cazal erwähnt heftige Schweifsausbrüche im Climacterium als vikariierende Menstruation. Verfasser beobachtete Hyperhidrosis universalis bei einer sonst gesunden 35 Jahre alten Frau an Stelle der Periode, die bis dahin stets normal gewesen. Fünfmal hintereinander wiederholte sich diese Erscheinung, die die Frau ängstigte und herunterbrachte. Roborierende Diät, Ferrum lacticum, Chinaextrakt, Rhabarber bewirkten eine Wiederkehr der Menses; mit einem Schlage schwand dann auch die Hyperhidrosis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

„Schweifsfufs und Plattfufs", von L. v. Lesser. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 44.) Verfasser erwähnt zunächst die verschiedenen Ansichten über die Entstehung des Schweifs- und Plattfufses und den Zusammenhang beider. Je nach dem Alter, Geschlecht und Beruf trifft man Schweifs- und Plattfufs zusammen oder jeden allein an. Stets ist jedoch der Schweifsfufs das frühere Leiden. Der Schweifsfufs bezeichnet gewissermafsen das erste Merkmal der varikösen Entartung der kutanen Venen. Je langsamer die Varicenbildung vor sich geht, desto länger persistiert der Schweifsfufs. Er hört auf, sobald die Haut dünn und atrophisch wird, was bei Frauen infolge der raschen Entwickelung der Varicen während der Schwangerschaft eher eintritt, als bei Männern. Der Varicen und Hyperidrosis aufweisende Fufs der Männer widersteht länger den Momenten, welche die Plattfufsbildung veranlassen, als der gleich beschaffene Frauenfufs. Daher ist bei jungen Männern eher Schweifsfufs ohne Plattfufs, bei Frauen öfter Plattfufs ohne Schweifsfufs vorhanden. Nervöse Einflüsse, ferner die varikösen Veränderungen an den kutanen Venen, Verbreiterung des venösen Strombettes mit Stromverlangsamung und Anhäufung von Kohlensäure im Blute und die damit verbundene Ernährungsstörung in den tieferen Schichten der Haut — die Haut wird durchsichtiger für Gewebsflüssigkeit — spielen eine wesentliche Rolle bei dem Fufsschweifse. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die Behandlung der Schweifsfüfse mit einem von mir konstruierten Schuh, von Dr. Thomalla. (*Der ärztl. Prakt.* 1894. No. 5.) Verfasser hat mit keiner Behandlung der Hyperhidrosis pedum Erfolge erzielt; am besten war noch ein gut aufsaugender, leicht verdunstender Strumpf und einmal tägliche Reinigung. Verfasser präparierte deshalb ein Tuch, das vollkommen luftdurchlässig ist, sonst aber alle Schädlichkeiten abhält, nicht hart und brüchig wird, und liefs aus demselben Schuhe anfertigen. Diese beseitigten alle Unannehmlichkeiten, die Füfse blieben trocken; natürlich mufs ein geeigneter Strumpf getragen werden. Die lebhafte Verdunstung, die sich auch in einer Blässe der Fufshaut äufsert, ist der wirksame Faktor, zumal die Sekretion bei der Kontraktion der Blutgefäfse nachläfst. Auch Überschuhe werden aus dem gleichen Stoffe gefertigt. Bezugsquelle: Fritz Ackermann in Hilgen (Rheinprovinz). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

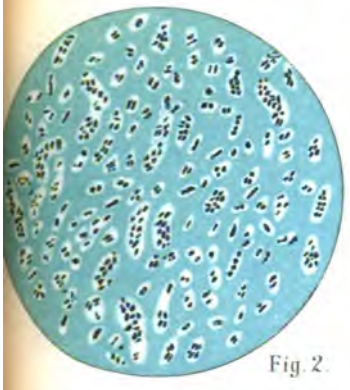


Fig. 2.

Fig. 1.

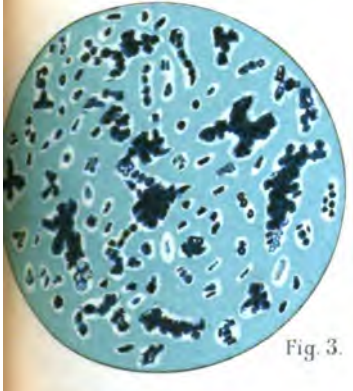


Fig. 3.

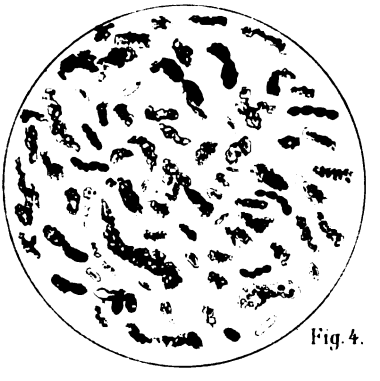


Fig. 4.

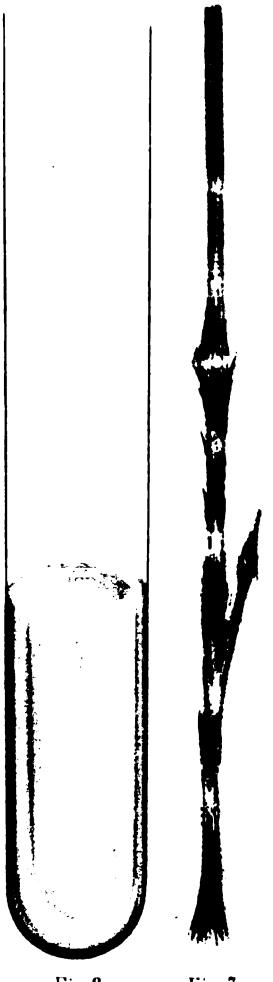


Fig 8.

Fig. 7.

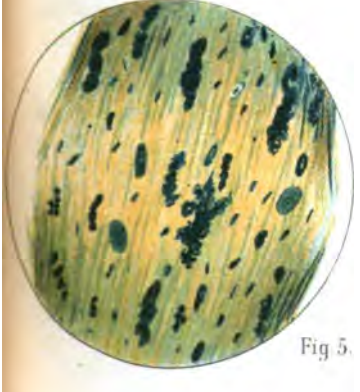


Fig 5.

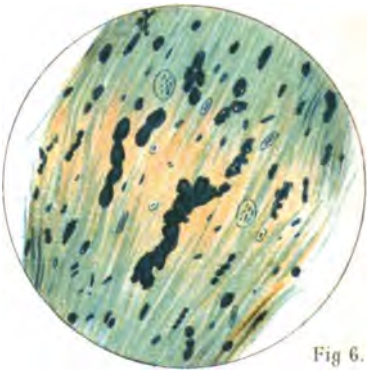


Fig 6.

M. Colhoun pinx.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 5. 1. September 1894.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über Protoplasmafärbung nebst Bemerkungen über die Bindegewebszellen der Cutis.

Von

P. G. Unna.

Gelegentlich einer Besprechung der Bedeutung der Plasmazellen für die Genese verschiedener Hautaffektionen habe ich darauf hingewiesen, dafs die dort angegebene, höchst einfache Doppelfärbung auf Protoplasma und Kollagen mittelst polychromen Methylenblaus und neutralen Orceins (Grübler) wohl für eine orientierende Übersicht dieser zwei Hauptsubstanzen der Cutis ausreicht, nicht aber zum Studium der von Grawitz von neuem angeregten Frage nach der Genese der Bindegewebszellen unter pathologischen Verhältnissen. Die jüngste kollagene Substanz und das älteste Protoplasma der Bindegewebszellen besitzen auch in ihren Farbenreaktionen soviel Ähnlichkeit, dafs es etwas komplicierterer Entfärbungsmethoden bedarf, um die Grenze beider, auseinander hervorgehender Gewebe scharf zu zeichnen.

Es war damals meine Absicht, die Tinktionsverhältnisse des Protoplasmas und Kollagens zusammen zu besprechen, denn es ist a priori klar, dafs eine gute tinktorielle Isolierung der einen Substanz innerhalb der Cutis auch die Grenze gegen die andere zugleich hervorheben mufs. Aber weitere Verbesserungen, die sich im Laufe meiner Arbeit aufdrängten, führten zu einer Trennung der Aufgabe. Es ist ja auch klar, dafs eine gute, spezifische Tinktionsmethode einer Substanz nicht blofs die Grenze gegen die andere abzustecken, sondern auch die innere Struktur der letzteren scharf hervorzuheben hat. Nun ist es aber etwas viel verlangt, dafs eine und dieselbe Doppelfärbung nicht nur die Kollagen-Protoplasmagrenze, sondern auch gleichzeitig die Struktur dieser beiden unter sich so verschiedenen Körper gut definieren solle. Und so lassen sich denn auch die in einem vorigen Artikel bereits für sich behandelten besten Methoden der Kollagenfärbung — mit einziger Ausnahme der Orceinfärbung — bisher nicht zu einer Färbungsmethode umgestalten, welche gleichzeitig

die feinere Struktur des Protoplasmas der Bindegewebszellen zu studieren erlaubt. Nur bei der Orceinfärbung des Kollagens ist es mir in der That gelungen, mittelst gewisser Modifikationen der Färbung auch diesem schwierigeren Postulat gerecht zu werden, weshalb ich unter allen Doppelfärbungen für Protoplasma den Methylenblau-Orceinmethoden den Vorzug gebe. Diese sind es, welche in der That berufen zu sein scheinen, in der von GRAWITZ aufgeworfenen Frage dereinst eine entscheidende Rolle zu spielen.

Ehe ich nun die besten Protoplasmafärbungen einzeln bespreche, muſs ich noch einige Bemerkungen über Protoplasma im allgemeinen vorausschicken. Zunächst mag es befremden, daſs ich bei den folgenden Methoden stets nur von dem in Alkohol gehärteten Gewebe und der Färbung mit der polychromen Methyblaulösung ausgehe. Es könnte das als eine unnötige Beschränkung der Methodik erscheinen. Von vornherein ist es ja sehr wohl denkbar, daſs es gerade durch eine das Protoplasma in spezifischer Weise fixierende Härtung gelingt, dessen spätere tinktorielle Isolierung zu begünstigen. Die sonst gebräuchlichen Härtungsmethoden, vor allem Chromsäure und die chromsauren Salze (MÜLLERsche Flüssigkeit), Pikrinsäure, Osmiumsäure und in minderem Grade auch der Sublimat verhindern aber nach meiner Erfahrung die feinere Auslese, welche die polychrome Methylenblaulösung zwischen Protoplasma und Kollagen trifft, vollkommen. Nur die einfache und besonders die rasche Härtung in absolutem Alkohol erhält das Protoplasma in einem für diese Farblösung tingiblen Zustande. Der Alkohol verbindet sich ja auch nicht, wie die vorhergenannten Erhärtungsflüssigkeiten, mit demselben zu einer schwer tingiblen Substanz; er wirkt offenbar hauptsächlich nur wasserentziehend.[1] Die beiden obigen Beschränkungen gehören also zusammen und bedingen sich gegenseitig. Will man spezifische Protoplasmafärbungen ersinnen, welche auf in Chromsäure, Osmium etc. gehärtetes Material anwendbar sind, so hat man andere und mir wenigstens bisher unbekannte Farben aufzusuchen, welche die Tripelverbindung: Chromsäure (Osmium) + Protoplasma + Farbstoff einzugehen vermögen. Daſs dieses Resultat nicht leicht zu erreichen ist, dafür spricht schon der Umstand, daſs das Protoplasma der Zellen im allgemeinen sehr wenig basophil und — wenigstens dem Chromatin der Kerne gegenüber — geradezu acidophil ist. Es wird mithin kaum gelingen, das Protoplasma mit den gebräuchlichen basischen Kernfärbungen (Fuchsin, Methyl-, Gentianaviolett) zu färben, wenn man demselben nicht mit Hülfe der fixierenden Beize zugleich mehr basophile Eigenschaften zu geben vermag.

[1] Aufserdem entzieht er der Zellsubstanz Fette und die zymoplastischen Substanzen AL. SCHMIDTS. Zur Darstellung dieser Substanzen bedarf es daher allerdings anderer Fixierungsmethoden.

Andererseits eignen sich aber auch die sauren Farben im allgemeinen schlecht für eine spezifische Protoplasmafärbung der Cutiszellen, da diese dicht von kollagener und elastischer Substanz umschlossen sind, welche ebenfalls eine ausgesprochen acidophile Tingibilität aufweisen. Man kann daher bisher nur quantitative Unterschiede in ihrer Acidophilie für die Trennung von Kollagen und Protoplasma verwerten, wie das von mir bei der Säurefuchsin-Pikrin-Methode für Kollagen[1] geschehen ist. Zur Zeit scheint mir daher die Färbung des Protoplasmas mit der polychromen Methylenblaulösung, deren drei Konstituentien vom Methylenblau durch das Methylenviolett zum Methylenrot eine Stufenleiter von ausgesprochener Basophilie zu ausgesprochener Acidophilie zeigen, die rationellste zu sein. Diese erfordert aber die einfache Alkoholhärtung.

Eine weitere Vorfrage betrifft den Begriff des Protoplasmas überhaupt. Es ist ja nicht daran zu denken, daſs wir im Protoplasma eine einheitliche Substanz vor uns haben, vergleichbar dem Elastin oder Kollagen. Die neueren Untersuchungen von A. SCHMIDT beispielsweise stellen uns vor die Aufgabe, innerhalb des lebendigen Zellenleibes vier oder noch mehr zum Eiweiſs hinüberführende Substanzen tinktoriell zu isolieren. Wo derartige chemische Unterschiede nachweisbar sind, da muſs eine subtile Färbetechnik auch die Träger dieser Reaktionen aufzudecken versuchen. Innerhalb dieses engeren Rahmens wäre es aber wieder zu viel verlangt, wenn man von einer einzigen Färbemethode die Darstellung aller Konstituentien des Zellleibes verlangen wollte; vielmehr wird nur ein Komplex verschiedener Färbungsmethoden eine Anschauung von der komplicierten Struktur desselben zu geben vermögen, gerade wie die verschiedenen Kernfärbungsmethoden entweder das Chromatin oder die Nukleolen, die achromatische Substanz oder den Kernsaft u. s. f. hauptsächlich zur Anschauung bringen. Ist die spezifische Tinktion ein chemischer Vorgang, so muſs konsequenterweise der komplexen chemischen Zusammensetzung auch ein Komplex von Färbungsmethoden entsprechen.

Diese Sätze vorausgeschickt, kann es wohl nicht miſsverstanden werden, wenn ich im folgenden der Kürze halber von „Protoplasmafärbung“ rede. Natürlich geben auch die hier von mir empfohlenen „Protoplasmafärbungen“ nur eine Auslese von Substanzen des Zellleibes; eine andere Reihe von morphologischen Erscheinungen wird auch bei diesen Methoden noch unsichtbar bleiben. Aber die durch die polychrome Methylenblaulösung bei entsprechender Entfärbung getroffene Auslese ist nicht bloſs eine viel reichere, als sie die bisherigen „Mitfärbungen“ des Zellenleibes der Cutiszellen (bei Karmin-, Hämatoxylin-, Fuchsin-, Vesuvinfärbungen) ahnen lieſsen, sondern sie betreffen die wesentlich formgebenden

[1] S. *diese Zeitschrift*. Bd. XVIII. pag. 509.

Substanzen[3] des Zelleibes. Daher haben wir uns — und dieses ist die Hauptsache — bis auf weiteres unsere morphologischen Anschauungen über das Protoplasma der Cutiszellen, d. h. unsere Vorstellungen über die Struktur dieser Zellleiber nach jenen Methoden zu bilden. Wie man sich das Verhältnis spezifischer Körnungen zur eigentlichen, allen Zellen gemeinsamen Grundsubstanz denken müsse, wird auch am besten durch diese Methylenblaufärbungen klar, und zwar durch das Studium der stets methylenrot mitgefärbten Mastzellenkörner. Man sieht bei gewissen pathologischen Vorgängen gerade an so gefärbten Präparaten sehr deutlich, wie die Ehrlichschen Mastzellen durch successiv stärkere Einlagerung von roten Körnern entstehen und durch deren Schwund wieder in gewöhnliche Cutiszellen sich umwandeln, ohne dafs die Struktur der letzteren im übrigen — also ihr eigentliches Protoplasma — sich ändert.

Die Auslese nun, welche die polychrome Methylenblaulösung bei entsprechender Entfärbung unter den Substanzen des Protoplasmas trifft, zeigt hauptsächlich nur zwei Grundsubstanzen, eine homogene und eine körnige. Erstere hat am meisten Verwandtschaft zum Methylenviolett, letztere zum Methylenblau. Erstere hat die Neigung, sich in Form netzförmig durchbrochener Flächen und schwammartig durchlöcherter Körper auszubreiten, letztere dagegen zeigt stets die Form von unregelmäfsigen, gröberen Brocken oder feineren Körnern und Körnermassen. Erstere will ich, in Anlehnung an bereits gewohnte Vorstellungen: Spongioplasma, letztere im Gegensatze dazu Granoplasma nennen. Natürlich hat dieses (methylenblaue) Granoplasma nichts zu thun mit den spezifischen Granulationen von ALTMANN und EHRLICH; es gehört vielmehr, wie das Spongioplasma, zur Grundsubstanz und findet sich in geringem oder höheren Grade bei jeder gröfseren Cutiszelle in die Maschen des Spongioplasmas eingelagert. Bei extremer Ausbildung des Granoplasmas verwandelt sich die Cutiszelle in eine „Plasmazelle".

Es ist eine nicht leichte und wichtige, aber uns hier noch nicht berührende Frage, wie diese Scheidung des Protoplasmas in Spongioplasma und Granoplasma, welche die folgenden Methylenblaumethoden sämtlich zeigen, und ob sie sich überhaupt zur Deckung bringen läfst, einerseits mit den bisherigen morphologischen Vorstellungen über das Protoplasma, welche an anders konservierten Präparaten gewonnen sind, und andererseits mit den von A. SCHMIDT eingeführten chemischen Vorstellungen.

---

[3] Im Gegensatz zu den Granulaformen von ALTMANN und EHRLICH, welche sehr wichtige Bestandteile einzelner Zellgattungen, aber in den einfachen Bindegewebszellen der Cutis keine wesentlichen Teile darstellen.

I.

Das Granoplasma ist wesentlich leichter darstellbar, als das Spongioplasma; am leichtesten ist daher die Plasmazelle, d. h. diejenige Zellenform sichtbar zu machen, welche als eine einseitig hypertrophierte Cutiszelle mit aufserordentlich dichter Einlagerung von Granoplasma zu definieren ist. Es giebt geradezu eine Unzahl von Entfärbungsmethoden für die mit polychromem Methylenblau gefärbten Schnitte, bei welchen das Protoplasma der Plasmazellen stark hervortritt. Herr Dr. VAN DER SPEK und ich haben in einer gemeinschaftlich durchgeführten Arbeit[4] bereits über eine Anzahl solcher Substanzen Mitteilungen gemacht. Es lohnt sich jedoch nicht, dieselben hier vorzuführen, da zwei Methoden von universeller Brauchbarkeit und grofser Einfachheit alle übrigen unnötig gemacht haben, die ich ebenfalls schon in meiner zweiten Arbeit über Plasmazellen[5] besprochen habe. Es sind die dies beiden Entfärbungen mittelst Glycerinäthermischung und neutraler, spirituöser Orceinlösung; beide sind ungemein einfach.

Die Schnitte werden in der polychromen Methylenblaulösung (GRÜBLER) überfärbt (1/4 Stunde bis eine Nacht) und in einer mit Wasser stark verdünnten Glycerinäthermischung entfärbt. Man giebt zu diesem Zwecke ein paar Tropfen der käuflichen Glycerinäthermischung (GRÜBLER, SCHUCHARDT) zu einem Schälchen Wasser, bewegt die methylenblauen Schnitte in demselben, bis die kollagene Substanz in hellen Streifen hervortritt, spült sehr gut in Wasser ab, um nachträgliche Entfärbungen zu vermeiden, entwässert sodann in absolutem Alkohol, führt in Öl über und bettet in Balsam ein. Je stärker man die Glycerinäthermischung verdünnt, desto weniger leicht kann eine Überentfärbung eintreten; für den Geübten führt jedoch ein kurzes Eintauchen der Schnitte in die unverdünnte Glycerinäthermischung zu demselben Resultate.

Die Glycerinäthermischung stellt in geradezu spezifischer Weise die Plasmazellen in Blau dar und giebt zudem eine prachtvolle Gegenfärbung der Mastzellen in Rot. Allen denjenigen Kollegen, welche über die Natur der Plasmazellen und ihre strukturellen und tinktoriellen Differenzen von den Mastzellen noch nicht hinreichend im Klaren sind, empfiehlt sich vor allen Dingen diese einfache Entfärbungsmethode. Sodann bleibt sie immer noch die beste Methode, wenn es sich um die isolierte Darstellung der Plasmazellen oder die Aufsuchung weniger Plasmazellen in einem sonst zellenreichen Gewebe handelt, da die Glycerinäthermischung die Kerne relativ stark entfärbt, und auch alle übrigen Zellen (gewöhnliche Cutiszellen, Leukocyten) gegenüber den Plasmazellen und Mastzellen zurücktreten läfst.

[4] S. *diese Zeitschrift.* Bd. XIII. pag. 364. 1891.
[5] *Über die Bedeutung der Plasmazellen* etc. (*diese Zeitschrift.* Bd. XVII. pag. 102.)

Will man diese spezifische Plasmazellenfärbung mit einer Kollagenfärbung verbinden, so läfst man die Schnitte 1—3 Stunden (etwa einen Nachmittag) in der neutralen, unverdünnten (1%igen), spirituösen Orceinlösung, überfärbt sie lange (am besten eine Nacht) in der polychromen Methylenblaulösung und entfärbt sie dann in Glycerinäthermischung auf die angegebene Weise.

Man kann die Gegenfärbung mittelst Orceins aber auch zugleich zur Entfärbung des Methylenblaus benutzen, so dafs die spirituöse Orceinlösung an die Stelle nicht blofs der Glycerinäthermischung, sondern auch des entwässernden Alkohols tritt. Dadurch gehört diese Methode zu den denkbar einfachsten. Die neutrale Orceinlösung mit ihrer spezifischen Vorliebe für Kollagen greift eben das Granoplasma so gut wie gar nicht an und stellt neben den Plasmazellen (in Blau) auch die Mastzellen (in Rot) vorzüglich dar. Die besten Resultate erhält man bei dieser Methode mit der a. a. O. bereits angeführten langsamen Färbung. Die Schnitte werden in der polychromen Methylenblaulösung stark überfärbt (wenigstens eine Stunde) und kommen auf eine Nacht in eine äufserst stark verdünnte Orceinlösung (einige Tropfen der vorrätigen 1%igen Lösung auf ein Gläschen mit absolutem Alkohol). Immerhin liefert auch die in meinem Laboratorium alltäglich ausgeführte Schnellfärbung recht gute Resultate. Hierbei werden die Schnitte $^1/_4$ Stunde in polychromem Methylenblau gefärbt, abgespült und etwa $^1/_2$ Stunde in einer Mischung von 1 Teil der Orceinlösung mit 2—3 Teilen absoluten Alkohols zugleich entfärbt, gegengefärbt und entwässert. Sie kommen darauf in Bergamottöl und Balsam.

Auch bei dieser Methode treten die dunkelblauen Plasmazellen und die dunkelroten Mastzellen prachtvoll hervor, und das sanfte Orceinrot des kollagenen Gewebes bildet einen sehr angenehmen Kontrast gegen beide. Aber wegen der stärkeren Mitfärbung aller anderen Zellen giebt diese Methode nicht so übersichtliche Bilder der Plasmazellen allein, wie die Entfärbung mittelst Glycerinäthermischung.

Die bisher angegebenen Methoden empfehle ich nur für die gewöhnliche, histologische Praxis und zwar überall dort, wo — im Gegensatz zu den bisher als Übersichtsbildern fast allein gebräuchlichen Kernfärbungen — in rascher, übersichtlicher Weise der Gehalt der Zellen an Protoplasma dargestellt werden soll. Und zwar verdient die Entfärbung mit Glycerinäthermischung den Vorzug, wo es auf eine isolierte Darstellung der Plasmazellen (und Mastzellen) ankommt, die Entfärbung mit Orceinspiritus, wo alle Zellenarten in gleichmäfsiger Weise und aufserdem auch das Kollagen sichtbar gemacht werden sollen. In Bezug auf die Darstellung der (roten) Mastzellen sind beide Entfärbungsmethoden gleichwertig.

II.

Schwieriger als das Granoplasma ist das Spongioplasma der Bindegewebszellen darstellbar. Allerdings tritt es überall dort, wo es in hypertrophischer Weise ausgebildet ist, bei chronischen Entzündungen, Tumoren, im Granulationsgewebe etc., bereits bei den soeben angegebenen, höchst einfachen Färbungsmethoden, und zwar besser hervor, als bei irgend einer der mir bekannten Kernfärbungsmethoden. Aber zur Definierung der feinsten Ausläufer und des zierlichen Balkennetzes des Spongioplasmas gehören doch feiner abstufbare Entfärbungsmethoden.

Ich habe an einem gleichförmigen Material von Granulations- und Narbengewebe eine sehr ausgedehnte Versuchsreihe über diesen Gegenstand angestellt und fand zunächst, dafs alle Entfärbungen, welche eine besondere Verwandtschaft zum Kollagen zeigen, wie z. B. die vorgenannten Flüssigkeiten (neutrale Orceinlösung, Glycerinäthermischung) deshalb hierfür weniger brauchbar sind, da sie zu leicht die feinen Spongioplasma-Ausläufer angreifen; letztere haben offenbar ähnliche tinktorielle Eigenschaften wie das Kollagen. Dagegen zeigte es sich, dafs einerseits gewisse Salze (rotes Blutlaugensalz, Borax, Soda, Schwefelleber, Baryt) die Färbung des Spongioplasmas begünstigen, andererseits schon der Fortfall reiner Alkohollösungen sehr viel zur Fixierung des Methylenvioletts auf dem Spongioplasma beiträgt. Aus einer grofsen Summe von daraufhin durchprobierten Methoden blieben schliefslich 55 übrig, welche als brauchbar bezeichnet werden konnten, eine Zahl, die nicht erstaunlich grofs ist, wenn man bedenkt, dafs obige Stoffe sowohl als Zusätze zur Färbungsflüssigkeit, wie als selbständige Beize, sowohl in Mischungen mit dem Entwässerer, wie mit dem Methylenblau verwendbar waren. Doch nach dem Prinzip, dafs das Bessere des Guten Feind ist, will ich als einfachste und universell brauchbare Methoden zur Darstellung des Spongioplasmas wiederum nur zwei anführen, von denen jede ihren besonderen Arbeitskreis besitzt.

Die erste dieser Methoden beruht auf der Beobachtung, dafs schon der Zusatz von Xylol zum Alkohol beim Entwässern genügt, um den Hauptteil des Spongioplasmas gefärbt zu erhalten. Man überfärbt die Schnitte stark in der polychromen Methylenblaulösung (1/2 Stunde bis 1 Nacht), spült sie nur schwach in mit Wasser stark verdünnter Glycerinäthermischung, dann in Wasser ab und bringt sie, noch ziemlich stark gefärbt, in eine Mischung von Alkohol absolutus 20 + Xylol 30, wo sie etwa 1/4 Stunde verweilen müssen. Hier soll sich neben der Entwässerung zugleich der letzte und subtilere Teil der Entfärbung vollziehen, während der Zusatz von Xylol das Methylenviolett im Gewebe zurückhält. Die Schnitte werden schliefslich in Xylol abgespült, um sie

vom Alkohol zu befreien, und in Balsam eingeschlossen. Diese Methode ist sehr einfach und liefert schöne Resultate.

Man könnte daran denken, die Entfärbung ganz allein in der Alkohol- und Xylolmischung vorzunehmen. Allein dann geht dieselbe zu langsam und unvollkommen vor sich. Die kollagene Substanz und die Kerne halten zu viel Blau zurück, und die Zellen heben sich nicht scharf genug von der Intercellularsubstanz ab. Alle diese notwendigen Partialentfärbungen, welche dem Protoplasma erst das tinktorielle Übergewicht über die anderen Substanzen verschaffen, werden durch eine kurze Abspülung in verdünnter Glycerinäthermischung auf einmal erreicht. Man hat nur darauf zu sehen, dafs die letztere durch reichliches Abspülen in Wasser auch gehörig wieder entfernt wird und nicht noch Spuren wieder in die Alkohol-Xylol-Mischung übertragen werden, da dieselben eine starke nachträgliche Entfärbung bewirken würden.

Als eine zweite, der eben genannten vollkommen ebenbürtige Methode möchte ich die folgende, noch einfachere anführen. Die Schnitte werden wiederum in der polychromen Methylenblaulösung stark überfärbt, doch genügt hier gewöhnlich $^1/_2$ Stunde; sie werden darauf in Wasser abgespült und kommen dann direkt in eine Mischung von Alkohol 10 + Xylol 15 + Anilinöl 25. In dieser Mischung geht gleichzeitig die Entwässerung und Differenzierung vor sich. Die Wirkung des Alkohols ist hier durch die Einwirkung des Xylols und den unschädlicheren Einfluſs des Anilinöls gröſstenteils aufgehoben. Das letztere bildet sodann den hauptsächlich entfärbenden Faktor für Kollagen und ersetzt daher die Glycerinäthermischung der ersten Methode; doch nur teilweise. Denn auf die Entfärbung der Kerne hat das Anilinöl nicht denselben Einfluſs. Nach 3—5 Minuten ist die Entfärbung, die selbstverständlich im Schälchen vor sich gehen kann, vollendet. Die Schnitte werden nun in reinem Xylol vom Alkohol und Anilinöl befreit und in Balsam eingeschlossen.

Bei der ersten Methode (kombinierte Glycerinäthermischung-Alkohol-Xylol-Entfärbung) fallen die Schnitte heller aus als bei der zweiten; es werden eben hier das Chromatin der Kerne und die kollagene Substanz relativ mehr entfärbt, die Plasmazellen heben sich schärfer von ihrer Umgebung ab, aber auch die feinen Ausläufer des Spongioplasmas sind nur sehr zart blauviolett bis blaugrau gefärbt. Diese Methode paſst daher am besten bei sehr zellenreichen Geweben, in denen man einen Überblick über die verschiedenen hypertrophischen Formen der Bindegewebszellen (Plasmazellen und Chorioplaxen einerseits, Flügelzellen, Korbzellen und Plattenzellen andererseits) gewinnen will (Granulationsgewebe, Furunkel, Akne, Ulcus molle, Lupus etc.). Bei der Alkohol-Anilin-Xylol-Entfärbung fallen die Schnitte im ganzen dunkler aus, weil das Kernchromatin und Kollagen weniger gut entfärbt werden. Dafür aber bleiben auch die

feinsten Ausläufer des Spongioplasmas scharf konturiert und in violetter Farbe gefärbt. Ich ziehe diese Methode daher vor bei zellenärmeren und kollagenreicheren Geweben, wo es auf eine genauere Abgrenzung der Fibroblasten (Spindel-, Flügel-, Plattenzellen) vom Kollagen ankommt (Narben, Initialsklerose, Lupussklerose, Fibrome, Sarkome etc.). Es liegt nahe, die Methode in Beziehung auf die Entfärbung des Kollagens dadurch zu verbessern, dafs man der Alkohol-Anilin-Xylol-Mischung eine saure Farbe (Pikrinsäure, Orange, Eosin) zusetzt, jedoch fand ich, dafs dadurch die zarten Ausläufer des Spongioplasmas bereits zu leicht umgefärbt werden.

Von diesen schärferen Methoden der Protoplasmafärbung erlaubt die Entfärbung mit Glycerinäthermischung-Alkohol-Xylol auch eine Kombination mit der Orceinvorfärbung. Man färbt etwa drei Stunden (einen Nachmittag) mit der starken 1%igen, spirituösen Orceinlösung vor, färbt lange (eine Nacht) in der Methylenblaulösung nach, entfärbt partiell in der Glycerinäthermischung und den Rest im Alkohol-Xylol. Die Entfärbung mit der Alkohol-Anilin-Xylol-Mischung ist hierzu weniger gut brauchbar, da der basische Charakter des Anilins die Orceinfarbe nicht so gut bei der Entfärbung wieder hervortreten läfst.

III.

Den höchsten Ansprüchen an eine Färbung beider Grundsubstanzen genügen aber auch die eben besprochenen Methoden noch nicht ganz, obwohl dieselben in Betreff der Unterscheidung der verschiedenen Zellengattungen bereits aufserordentlich instruktive Bilder liefern. Diese höchsten Ansprüche hat man notwendigerweise überall dort zu stellen, wo die feinere Struktur der Zellen selbst oder wo die Entstehung der Intercellularsubstanzen zwischen und aus ihnen das Objekt des Studiums bildet. Für diesen Zweck ist aber auch eine etwas kompliciertere Methode empfehlenswert. Auf diese Methode leitete mich die Beobachtung, dafs ein guter Teil des Methylenvioletts und Methylenblaus immer dann ausgezogen wird, wenn der Schnitt noch etwas feucht in die Alkohol-Xylol-Mischung gelangt oder — anders ausgedrückt — wenn Entfärbung und Entwässerung gleichzeitig am gefärbten Schnitt stattfinden. Es ist deshalb immer schon von Vorteil, wenn bei den im Vorhergehenden beschriebenen Prozeduren der methylenblaue, in Wasser abgespülte Schnitt, ehe er in die Alkohol-Xylol- oder Alkohol-Anilin-Xylol-Mischung übertragen wird, sein überschüssiges Wasser möglichst verliert, was man ja durch Berühren des auf dem Spatel liegenden Schnittes mit Löschpapier unschwer erreicht. Aber radikal wird dieser Übelstand erst beseitigt, wenn man die Entfärbung von der Entwässerung vollständig trennt, wenn man sie mit einem Worte am vollständig entwässerten Schnitt vornimmt

Die Schnitte werden sehr stark, z. B. eine ganze Nacht, in poly-

chromem Methylenblau überfärbt, sodann kurz in Wasser abgespült, auf dem Spatel vom überschüssigen Wasser befreit und feucht in ein Schälchen mit Alkohol absolutus 20 + Xylol 30 Teile gebracht, wo sie sehr wenig Farbe verlieren, aber nach $^1/_2$ — 1 Minute vollständig entwässert sind. Hierauf kommen sie in reines Xylol, wo ihnen der Alkohol entzogen wird. Hier können sie eine Minute oder länger verweilen; sie sind dann noch stark überfärbt, aber vollständig wasserfrei. Von hier kommen sie in die differenzierende Mischung von Anilin und Alaun, welche ich vorrätig halte und folgendermafsen herstelle. In ein mit Anilin gefülltes 20-g-Fläschchen schütte ich soviel Alaunpulver, dafs der Boden etwa 1 cm hoch bedeckt ist, schüttle die Flasche öfters um und lasse dieselbe stehen. Zum Gebrauche wird von der nochmals geschüttelten Mischung etwas in ein Schälchen abfiltriert. In dieser Anilin-Alaunmischung tritt alsbald eine kräftige Entfärbung der Schnitte ein, welche mit derjenigen in reinem Anilin weder quantitativ, noch qualitativ vergleichbar ist. Nach 5—10 Minuten, je nach der Dicke der Schnitte, ist die Entfärbung vollendet. Eine Überentfärbung wie bei der Behandlung wasserfeuchter Schnitte mit derselben Mischung tritt bei den entwässerten nicht ein, auch wenn man sie 15 Minuten und mehr in derselben verweilen läfst. Darauf werden die Schnitte in Xylol abgespült und eingebettet.

Für sehr kollagenreiche Schnitte empfehle ich statt der Anilin-Alaun-Mischung eine auf analoge Weise hergestellte Anilin-Kochsalz-Mischung, welche ich hierzu vorrätig halte. Diese hat den Vorzug, rascher und gründlicher als jene die kollagene Substanz zu entfärben.

Da diese Protoplasmafärbung nur zum Zwecke der Darstellung der feinsten Ausläufer des Spongioplasmas ausgeführt wird und diese sich besser von einem hellen Hintergrunde als von einem auch nur blafs gefärbten abheben, so unterlasse ich jede Vorfärbung der Schnitte, auch mit Orcein.

Erst mittelst dieser Methode ist es mir gelungen, die Spindelzellen der normalen Cutis in ihrer wirklichen Ausdehnung kennen zu lernen. Man bemerkt, dafs manche sehr lange und mehrfach verzweigte Ausläufer, andere eine kürzere, faltige und noch andere eine ganz kurze, dem Kern knapp anliegende Hülle ohne Ausläufer besitzen. Bei den gewöhnlichen Färbungen erscheinen diese sehr verschieden gestalteten Zellen alle ganz uniform als längliche Kerne, die höchstens mit einem leicht gefärbten, unbestimmt sich verlierenden Hofe umgeben sind. Bei allen zur Übernährung der Cutis führenden Prozessen nimmt zunächst der spongioplasmatische Teil der Zellenleiber an Ausdehnung und Komplikation zu; es entstehen dadurch verschiedene Bilder, die ich kurz als Flügelzellen, Plattenzellen, Spinnenzellen und Korbzellen bezeichnen will und in meiner Histopathologie der Haut bei verschiedenen Gelegenheiten

beschrieben habe. Die Form der Flügelzellen erinnert etwas an die bekannten Flügelzellen der Sehne; dabei zeigt das Spongioplasma blattartige Fortsätze, welche unter verschiedenem Winkel von dem spindelförmigen Leibe der Bindegewebszelle abgehen und in die benachbarten Lymphspalten zwischen die anliegenden Fibrillenbündel hineinragen. Zwischen den derben, kollagenen Platten des älteren Granulations- und jungen Narbengewebes, ebenso bei verschiedenen Fibromen und Fibromatosen findet man in einer Richtung weit ausgedehnte Zellen, welche aus fein durchlöcherten Platten zu bestehen scheinen, die unter spitzen Winkeln aneinanderstofsen. Diese Zellen enthalten meistens mehrere Kerne (Abbildung s. Tafel meiner Histopathologie); ich nenne sie Plattenzellen. Wo der Druck im Gewebe geringer ist und das Kollagen nur lose verflochtene, feinere Fasern zeigt, strebt die Form der hypertrophischen Spindelzellen der Kugelgestalt zu. Hierbei zeigt sich noch besser als bei den plattenförmigen Hypertrophien die netzartige oder schwammartige Anordnung des Spongioplasmas. Der Kern liegt mitten in einem von vielen runden Höhlen durchlöcherten Gerüst von Spongioplasma, welches im ganzen die Gestalt eines rundlichen Klumpens besitzt. So fand ich beispielsweise die Bindegewebszellen bei einer noch wenig veränderten Haut nach Jodpinselung, im Narbengewebe und sonst mehrfach. Diese korbartigen Bindegewebszellen, kurzweg Korbzellen, zeigen wenige und nur ganz kurze platten- oder fadenartige Ausläufer. Hierdurch unterscheiden sie sich von den Spinnenzellen, bei denen sich an einen schwamm- oder korbartigen, den Kern enthaltenden Mittelkörper nach allen Seiten ausstrahlende flügel-, band- und fadenartige Fortsätze von Spongioplasma anschliefsen. Auch diese finden sich nur innerhalb von lockerem Bindegewebe, also besonders im Hypoderm, und sie stellen zugleich diejenigen Formen hypertrophischer Bindegewebszellen dar, in welchen das Spongioplasma einseitig und maximal gewuchert ist. Sie bilden also gewissermafsen das der Plasmazelle gegenüberstehende, andere Extrem der Hypertrophie bei den Cutiszellen. Ganz besonders schön mit erstaunlich langen, anastomosierenden Ausläufern findet man sie beispielsweise in der Umgebung des festen Knotens bei der Initialsklerose, sodann beim Ulcus molle und beim Granulationsgewebe. Sie beherbergen fast immer mehrere Kerne und — wie bei Plattenzellen — ist es oft nicht leicht zu entscheiden, wo in dem anastomosierenden Netz der Zellen die Zellgrenzen liegen.

In Bezug auf den Gehalt an Granoplasma verhalten sich die verschiedenen Formen der Zellen mit hypertrophischem Spongioplasma verschieden. Im allgemeinen enthalten sie nur wenig, und das Wenige findet sich der Regel nach um den Kern oder an einer Seite desselben angehäuft. Je voluminöser die Zellen werden, desto mehr Granoplasma

weisen sie auf, und manche grofse Spinnenzellen enthalten soviel wie eine grofse Plasmazelle, aber gegenüber dem noch ungemein viel ausgedehnteren, nach allen Seiten Fortsätze aussendenden Zellenleibe doch verhältnismäfsig wenig.

Der Neubildung von fibrillärem Kollagen scheint immer die Neubildung von Spongioplasma und die Ausbildung von Flügel-, Platten- oder Spinnenzellen vorherzugehen; ein reines Plasmom ohne gleichzeitige Entwickelung dieser Zellenformen tendiert nicht zur Bildung fibrillären Gewebes. Die hier besprochenen hypertrophischen Zellenformen stellen auch die Hauptorte der Mitosenbildung im Cutisgewebe dar. Ihre Vermehrung auf mitotischem Wege ist eine gesicherte und leicht zu verificierende Thatsache, während der Mitosennachweis in denjenigen Zellen, welche in Plasmazellen umgewandelt sind, grofsen Schwierigkeiten unterliegt und mir überhaupt noch nicht ganz gesichert erscheint.

Anhangsweise stelle ich noch einmal die wichtigsten der hier von mir empfohlenen Methoden der Protoplasmafärbung zusammen.

I.

Methoden zum Nachweise des Granoplasmas (der Plasmazellen) — neben Mastzellen.

a) 1. Färbung in polychromer Methylenblaulösung (Grübler) 1/4 Stunde bis eine Nacht.
2. Vollkommene Entfärbung in einigen Tropfen Glycerinäthermischung in einem Schälchen Wasser.
3. Abspülen in Wasser.
4. Alkohol absolutus, Bergamottöl, Balsam.

b) 1. Färbung in polychromer Methylenblaulösung 5 Minuten bis 1/4 Stunde.
2. Abspülung in Wasser.
3. Vollkommene Entfärbung und Entwässerung in 1/4%iger, spirituöser, neutraler Orceinlösung ca. 1/4 Stunde.
4. Alkohol absolutus, Bergamottöl, Balsam.

II.

Methoden zum Nachweise des Spongioplasmas (der Flügel-, Platten-, Korb- und Spinnenzellen) — neben Plasmazellen und Mastzellen.

a) 1. Färbung in polychromem Methylenblau 1/4 Stunde bis eine Nacht.
2. Unvollkommene Anfangsentfärbung in mit Wasser stark verdünnter Glycerinäthermischung.
3. Abspülung in Wasser.
4. Schlufsentfärbung und Entwässerung in Alkohol 20 + Xylol 30, 1/4 Stunde.

5. Xylol, Balsam.

b) 1. Färbung in polychromer Methylenblaulösung ½ Stunde.
2. Abspülung in Wasser.
3. Entfärbung und Entwässerung in Alkohol absolutus 10 + Xylol 15 + Anilin 25, ca. 3—5 Minuten.
4. Xylol, Balsam.

III.

Methode zum Nachweise der feinsten Ausläufer des Spongioplasmas (der normalen Spindelzellen) — neben Plasmazellen und Mastzellen.

1. Färbung in polychromem Methylenblau eine Nacht.
2. Abspülung in Wasser.
3. Entwässerung des nur wenig feuchten Schnittes in Alkohol absolutus 20 + Xylol 30, ½—1 Minute.
4. Entfernung des Alkohols in reinem Xylol, eine Minute.
5. Entfärbung in der Anilin-Alaun-Mischung (resp. Anilin-Kochsalz-Mischung) 5—10 Minuten.
6. Xylol, Balsam.

Aus dem Institute für pathologische Anatomie der königl. Universität zu Genua.

Multiple Neurofibrome der peripherischen Haut- und Muskelnerven mit Fibroma molluscum.

Von

Prof. Vincenzo Brigidi,
Direktor des Institutes.

(Mit Tafel II.)

(Schluſs.)

Diagnose und Beurteilung.

Vorerst wollen wir die Tumoren des Nerven-Truncus besprechen. Ihr histologischer Befund konnte nicht klarer sein: die Veränderung bestand aus stellenweiser Hyperplasie des Nervenbindegewebes und insbesondere des Endoneuriums. Nur im inneren Hautnerv hatte die Neuroplasie das perifascikulare Bindegewebe erreicht und den beschriebenen groſsen Tumor gebildet. Die Nerventumoren waren also wirkliche multiple Neurofibrome.

Hauttumoren. Um deren Ursprung richtig zu beurteilen, müssen wir uns auf die Untersuchung der kleineren ungestielten Tumoren beziehen.

An diesen konstatierten wir zweifellos, dafs die Neuroplasie ihren Ursprung im Bindegewebe der terminalen Verzweigungen der Hautnerven hatte, dafs sie sich jedoch nicht auf dieses beschränkte, sondern sich auch auf das benachbarte Bindegewebe erstreckte, um immer gröfsere Tumoren zu bilden, während die Nervenfasern nach und nach zerstört wurden, so dafs zuletzt Tumoren aus blassem, schlaffem Fasernbindegewebe ohne die geringste Spur von Nervengewebe daraus wurden. Also auch diese Tumoren waren eigentlich Neurofibrome, und dieselbe Benennung gebührte auch mit Rücksicht auf ihren Ursprung den umfangreicheren und den gestielten Hauttumoren, welche, wie wir gesehen haben, aus einfachem, schlaffem Bindegewebe bestanden.

Auch die kleinen Tumoren faserigen Aussehens, welche wir im rechten und im linken kruralen Biceps gefunden hatten, können wir nicht in anderer Weise beurteilen. Auch sie waren Fibroneurome, und diese Ansicht bekräftigen 1. ihr faseriges Aussehen, 2. ihre eiförmige oder zugespitzte Gestalt, 3. ihr dem der Hauttumoren vollkommen analoges Gewebe, 4. schliefslich die Anwesenheit der zum pathologischen Gewebe in Beziehung stehenden Nerven, zwischen deren Fasern sich jenes eindrängte, sie zerstreuend und Erscheinungen von Atrophie hervorrufend. Wahrscheinlich hatte das Gewebe dieser Tumoren seinen Ursprung im Bindegewebe der Nervenplexus oder in jenem der von diesen ausgehenden und in den Nervenplatten endigenden Fasern. In verschiedener Weise gelingt es uns nicht, folgende untereinander in Widerspruch stehende Thatsachen in Einklang zu bringen: 1. die Atrophie der Muskelfasern infolge von Kompression durch das neoplastische Gewebe, 2. das Vorhandensein einiger weniger Muskelfasern, welche Erscheinungen von Multiplikation der Sarkolemmkerne aufweisen, sich in ein dem des Tumors analoges Gewebe verwandeln und sich diesem anfügen. Wahrscheinlich entstand in diesen Fasern die Hyperplasie durch eine von der Henleschen Scheide auf die Nervenplatten übertragene Erzeugungsirritation.

Vorliegender Fall ist also eines der schönsten Beispiele von multiplen Fibroneuromen, mit Fibroma molluscum verbunden.

Die Diagnose des Neoplasmas, welches Sitz des grofsen Geschwürs auf der linken Wange war, ist äufserst schwierig. Mir erscheint es von grofser Bedeutung, dafs in den vielen Präparaten, welche diesem Tumor entnommen worden waren, weder eine einzige Zelle mit Stachelkontur beobachtet werden konnte, noch eine einzige Epithelperle, die zum mindesten in ihren zentralen Teilen aus Hornzellen besteht, sowie auch die Thatsache, dafs in den Präparaten aus der zur unteren Wandung der Augenhöhle in Bezug stehenden Vegetation derartige Perlen reichlich vorkommen.

Wenn folgende Diagnose aufgestellt würde: dieses Neoplasma war

ein Endothelialsarkom, entstanden aus den Endothelien der schuppigen Scheiden des suborbitalen Nervs, was könnten wir hiergegen einwenden? Nichts!

Auch rücksichtlich der zwischen dem Aufbau und dem Zellgewebe bestehenden Beziehungen sprachen die Präparate zu Gunsten des Sarkoms, da zwischen den beiden Geweben eine enge Verbindung bestand.

Für diese Auffassung sprechen auch noch: 1. dafs nicht eine einzige Lymphdrüse mit Krebsinfiltration gefunden wurde, 2. dafs keine Wiederholung von Epithelgewebe, analog dem des erwähnten Geschwürs, in irgend einem anderen Teile des Körpers konstatiert wurde, 3. dafs die sarkomatöse Degeneration im multiplen Fibroma molluscum nicht selten ist, wie aus der medizinischen Litteratur hervorgeht.

Bedeutung des beschriebenen Falles für die Pathogenie, die Ätiologie und die Geschichte der Fibroneurome.

Nach Diaz de Bedoya wurde die Benennung „Molluscum" fünf oder sechs verschiedenen Hautkrankheiten erteilt, zu welchen die Cysten der Schweifsdrüsen, die multiplen Lipome und einige Manifestationen der Syphilis zu rechnen sind. Caillard beschrieb unter eben dieser Bezeichnung einen Fall von multiplen Hauttumoren, von denen einige Cysten waren, andere aus lipomatösem Gewebe bestanden. Verneuil fand in einem anderen Falle kutane Tumoren, welche Spuren von Schweifsdrüsen, Nervenfilamenten und glatten und quergestreiften Muskelfasern enthielten, also Elemente, welche nicht dem Derma angehörten. Hilton und Beale bezeichneten als deren Sitz die Schweifsdrüsen oder die piliferen Follikel.

Um alle diese Verwirrung zu klären, unterstützten viele Pathologen die Ansicht Vidals, dafs der Ausdruck „Molluscum" aus der Wissenschaft zu streichen sei, aber nach den Studien Rokitanskys und Virchows wurde derselbe angewendet, um die fibrösen Tumoren zu bezeichnen, welche nach Rokitansky aus den tiefen Schichten des Coriums, nach Virchow aus dem subkutanen Gewebe entstehen. Um diesen Begriff genau festzustellen, nannten sie „Fibroma molluscum" die weichen fibrösen Tumoren. Seither wurden so vom Begriffe des kutanen Fibroma molluscum Rayers Morbus folliculare und das kontagiöse Molluscum ausgeschlossen.

Virchow gab eine genaue Beschreibung dieser Tumoren, aber wir danken Recklinghausen eine sehr genaue Untersuchungsreihe, die unsere Kenntnisse in dieser Beziehung gefördert hat. Nach einer Kritik aller bekannten Meinungen verwarf er sie alle und gelangte zum Schlusse, dafs die weichen multiplen Fibrome der Haut aus Neuromen entstandene Tumoren seien und deshalb Neurofibrome oder neuromatöse Fibrome genannt werden

müfsten. Seither war dies die Auffassung, welche das meiste Ansehen genofs, weil sie auf anatomische Beobachtung gestützt war.

In der That konstatierte MODRZEJEWSKI an einem Weibe, welches, ungerechnet die kleineren als ein Stecknadelkopf, 3020 fibröse Hauttumoren auf sich hatte, dafs diese zu den Nervenfasern in enger Beziehung standen. KÖBNER in einem Falle, KYRIELEIS in drei Fällen, HÜRTLE ebenfalls in drei Fällen, beobachteten Nervenfasern im Gewebe fibromatöser Tumoren. Das Gleiche konstatierte KRIEGE in einem anderen Falle. POMORSKI demonstrierte Nervenfasern in Hauttumoren von einem 28 Jahre alten Manne, erkrankt an plexusförmigem Neurom der rechten Seite des Thorax, multiplen fibrösen Tumoren der Haut und Fibromen längs des Verlaufes der Nerven. Zu demselben Resultate gelangten DARIER bei Untersuchung der von HALLOPEAU beobachteten Tumoren und BERGMANN bei seinem Studium über Tumoren, welche einem 54jährigen Manne entnommen waren, dessen Haut mit sehr zahlreichen Fibromata mollusca besät war.

Als Beitrag zur Kasuistik des Fibroma molluscum multiplex berichtet THILOW von zwei Fällen, worunter ein 15jähriger Knabe, dessen Haut mit schmerzenden Neuromen von der Gröfse einer Erbse bis zu der einer Bohne besät war, begleitet von gelbbraunen Pigmentflecken, und in welchem sich an allen Nerven Neurome vorfanden, und im linken Lungenflügel ein Sarkom.

Dennoch sind nicht wenige Autoren mit der Auffassung RECKLINGHAUSENS nur zum Teil oder ganz und gar nicht einverstanden. LAHMANN nimmt seine Ideen nur zum Teil an, da er die Ansicht vertrat, es seien vier Kategorien von Fibromen zu unterscheiden: Fibrome der Nervenscheiden, aus den Gefäfsen und aus den sebopiliferen Follikeln entstandene, und gemischte Fibrome. POSADSKI führte der medizinischen Gesellschaft zu Berlin einen 28jährigen Mann vor, welcher auf der Haut 330 Tumoren besafs, worunter einer von der Form einer Mamilla mit einer Oberfläche von 58 qcm an der linken Seite des Rumpfes. Einige dieser Tumoren wurden exstirpiert und aus Bindegewebe mit zum Teil obliterierten, zum Teil komprimierten Gefäfsen bestehend gefunden. Demzufolge erklärte sich der Autor mit der Doktrin VIRCHOWS einverstanden. PHILIPPSON gab in einem Falle den Ursprung der Tumoren aus den tiefen Schichten der Haut zu und war in einem zweiten Falle der Ansicht, dafs das neoplastische Bindegewebe aus den Gefäfsen entstehe. GIERS analysierte 24 Beobachtungen von Fibroma molluscum, worunter drei eigene, und gelangte zur Schlufsfolgerung, dafs, wenn auch echte Neurome von multiplen Hautfibromen begleitet sein können, doch nur ein Teil des Fibroma molluscum von den Nerven herstamme. Durch das mikroskopische Studium multipler Fibrome der Haut eines 54jährigen Weibes

gelangte DU MESNIL zur Schlufsfolgerung, dafs nicht alle multiplen Fibrome mit Fibroneuromen vereint vorkommen, und dafs nicht immer der Ursprung der multiplen Fibrome von der Proliferation des Peri- oder Endoneuriums abgeleitet werden müsse, sondern öfter von jener des Bindegewebes der Gefäfse und der sebopiliferen Drüsen.

KÖNIGSDORF hat einen Fall von multiplem Fibroma molluscum beobachtet mit mehr als 600 Hauttumoren der verschiedensten Gröfsen. Die Nerven waren tumorenfrei und standen zu den Fibromen in keiner Beziehung.

Im zweiten der von THILOW beschriebenen Fälle wurden an den Nerven keine Tumoren nachgewiesen.

Wie man sieht, wird die neuropathische Doktrin des Fibroma molluscum nicht von allen anerkannt, doch bin ich der Ansicht, dafs die zur Begründung einer von dieser verschiedenen Pathogenie angeführten Thatsachen keinen Wert haben, insofern als bei deren Studium entweder nicht jene Prozesse angewendet wurden, von denen allein wir die Demonstration der Nervenfasern erwarten können, wie die Behandlung mit Osmiumsäure oder mit Chlorgold, aber solche Untersuchungen wurden an Tumoren vorgenommen, die eine gewisse Gröfse erreicht hatten, woraus sich erklärt, wie sich darin keine Nervenfasern vorfinden konnten. (Siehe die Fälle von LAHMANN, POSADSKI, PHILIPPSON u. a. m.)

Die medizinische Litteratur verzeichnet andererseits nicht wenige Beispiele — deren Anführung zu weitläufig wäre —, dafs durch Einfluss des Nervensystems kutane Hyperplasien auf fibröser Basis entstehen können. Es genüge, daran zu erinnern, dafs es weiche, lappige, einfache oder mit teleangiektatischer oder lymphangiektatischer Elephantiasis verbundene neuromatöse Elephantiasis giebt und verruköse Papillome oder papillare verruköse Male.

Im Museum für pathologische Anatomie zu Florenz befinden sich zwei Aquarellen; eine stellt eine Masse verruköser Papillome vor, welche sich seitlich über die ganze Länge des Halses hinzieht, die andere dasselbe anatomische Stück bis zur Wirbelsäule durchgeschnitten: die Nerven der letztgenannten Region sind drei- und vierfach so dick wie die Norm und knotig geworden.

MOSES beschrieb einen Fall von hereditären weichen Fibromen mit weicher Elephantiasis an einem 21jährigen Manne; die Fibrome waren äufserst zahlreich, von der Gröfse eines Stecknadelknopfes bis zu der einer Kirsche, und die Elephantiasisprodukte hingen vom Halse und vom linken Arme herab. Der Patient wurde mit glücklichem Erfolge operiert.

Zum Schlusse will ich bemerken, dafs die Theorie RECKLINGHAUSENS durch Beobachtung positiver Thatsachen bestätigt wird, zu welchen jene zu zählen ist, welche den Gegenstand dieses Aufsatzes bildet, und

in welcher nicht nur Konkomitanz von Neurofibromen mit kutanen Fibromen der Fall war, sondern wir auch das Vorhandensein von Nervenfasern in den Hauttumoren nachweisen und sozusagen das Entstehen der letzteren aus dem eigentlichen Nervenbindegewebe verfolgen konnten.

In Bezug auf die Ätiologie sind unsere Kenntnisse sehr unvollständig. Um die Multiplicität der Tumoren aus Fibroma molluscum zu begreifen, hat die Säftedoktrin eine besondere Diathese zugegeben: die fibromatöse Diathese; diese Lehre genofs jedoch niemals besonderes Ansehen und wurde aufgegeben, sobald bekannt ward, dafs sich die morbösen Vorgänge nur auf einem besonderen Felde vollzogen, während sich das Blut über den gesamten Organismus verteilt. Einige Erscheinungen von Fibroma molluscum, gefolgt von Metastase, schienen für einen Augenblick für die Lehre von der Diathese zu sprechen, doch eine genauere Analyse erwies, dafs in diesen Fällen sarkomatöse Degeneration des Fibroma molluscum eingetreten war, wie in den zwei von Westphalen berichteten Beispielen, in jenen Cimminos, Bergmanns und Madrzejewskis.

In manchen Fällen von Fibroma molluscum multiplex wurden, aufser in der Haut, auch in anderen Teilen des Körpers fibromatöse Tumoren vorgefunden. Im Falle Madrzejewskis bestanden solche im Jejunum, im Ilium und im transversalen Kolon. Kriege berichtet von einem fibromatösen Tumor in der unteren Zungenschleimhaut. Königsdorf fand deren, aufser in der Haut, auch in der Leber, in der rechten Niere und in der Dura mater. In dem Falle, welchen ich zu beobachten hatte, hatten sich die fibrösen Tumoren nicht nur an den Nervenverästelungen entwickelt, sondern auch an den dünnen Zweigen der Haut- und Muskelnerven.

Von dieser letzteren Erscheinung, nämlich dem Bestehen von Neurofibromen in den Muskeln, habe ich in der medizinischen Litteratur kein zweites Beispiel gefunden. Der 1886 von der biologischen Gesellschaft zu Paris berichtete Fall hat mit dem in vorstehendem beschriebenen, von mir beobachteten keine Vergleichungspunkte. Jener bestand aus Gruppen kleiner, von einer schuppigen Scheide umgebenen Muskelfasern, während dieser ein richtiger fibromatöser Tumor war. Anfangs hatte Babinski jene als Fakten morböser Natur beurteilt, doch beobachtete er sie später auch an gesunden Individuen und mufste deshalb diese Ansicht wieder aufgeben.

Pilliet legte der anatomischen Gesellschaft zu Paris Stücke vor, welche viel Analogie mit den von Babinski in Muskeln gefundenen Körpern hatten; „wie diese," berichtet er, „bestehen auch jene aus quergestreiften Muskelfasern geringen Umfanges, welche durch Reagentien im allgemeinen stark gefärbt werden, umgeben von einer besonderen Scheide. Die Schichten dieser schuppigen Scheide sind sehr zahlreich, so dafs die

Schnittpräparate sowohl wegen des Volumens, als wegen der regelmäfsigen Anordnung der konzentrischen Ringe und ihrer Zellen an das Bild erinnerten, welches man vom Querschnitte eines Pacinischen Körperchens erhält. An anderen Präparaten ist die Scheide nicht mehr zu unterscheiden, und die Bilder nähern sich jenen von Babinski geschilderten. Seitlich der Muskeln befinden sich Nerven, deren Beziehungen zu den quergestreiften Fasern der mangelhaften Trennung wegen nicht erkannt werden konnten. Manchmal sind sie von letzteren durch eine viel stärkere schuppige Scheide geschieden. Im Schnitte des kleinen Organes bemerkt man dann zwei von einer gemeinschaftlichen Scheide umgebene Vertiefungen. Manchmal enthält eine dritte Vertiefung ein Kapillargefäfs. Wir haben diese Körper bei der durch Alkoholismus hervorgerufenen Paralyse, bei amyotrophischer seitlicher Sklerose, bei progressiver primitiver Myopathie und bei chronischem Rheumatismus angetroffen. Nichtsdestoweniger schienen sie uns nicht die Kennzeichen der entzündlichen Sklerose zu besitzen, ausgenommen in einem Falle von aufserordentlich vorgeschrittener Muskelcirrhose. „A cause de la forme particulière de leur gaîne, on est peut-être autorisé à les considérer provisoirement comme des terminaisons nerveuses centripètes enveloppées d'une gaine semblable à celle des corpusculus de Hebert ou de Pacini."

Ich habe die von Pilliet gegebene Beschreibung dieser Körper wörtlich wiedergegeben, damit die Unterschiede zwischen diesen und den von mir beschriebenen fibrösen Tumoren klar hervortreten. Jene sind sehr klein, haben wegen der sie umgebenden Scheiden eine gewisse Analogie mit den Pacinischen Körperchen und bestehen in den zentralen Teilen aus quergestreiften Muskelfasern geringen Umfanges. Dagegen haben die von mir im rechten und im linken kruralen Biceps gefundenen Tumoren eine jener der Hauttumoren in allem ähnliche histologische Zusammensetzung, sind nämlich an Zellen reiche Fibroneurome. Ferner sind die von Pilliet beschriebenen Körper dieselben, wie die von Babinski beobachteten, und solchen begegnet man nach Aussage des letzteren ebenfalls unter physiologischen Verhältnissen.

Das Vorkommen fibröser Tumoren in anderen Teilen des Körpers in Fällen von multiplem Fibroma molluscum könnte der Voraussetzung von Dyskrasie Wert verleihen, wenn bezüglich solcher Tumoren eine heteroplastische Produktion zugegeben werden könnte. Da es jedoch im Organismus keine Stelle giebt, an welcher das Bindegewebe nicht als einer der Bestandteile vorkommt, und da ein homogenes Neoplasma in letzterem seinen Ursprung haben kann, darf es nicht verwundern, wenn in manchen Fällen von Fibroma molluscum fibröse Tumoren aufser in der Haut auch in anderen Organen vorgefunden worden sind.

Was zur Erklärung dieser äufserst seltenen Fälle nötig erscheint, ist

also nicht die Dyskrasie, sondern die Prädisposition, d. h. die Geneigtheit des Gewebes, in einer gegebenen Weise nicht nur gegen pathologische Reize, sondern auch gegen längere Zeit andauernde gewöhnliche Reize mit Neuroplasie zu reagieren.

Alles lenkt ferner zur Annahme hin, dafs diese besondere Prädisposition zu multiplem Hautfibrom originär sei, d. h. im Mutterleibe kontrahiert oder von den Eltern dem Keime mitgeteilt. In der That findet man in der medizinischen Litteratur einige Fälle dieser Krankheit, in welchen die Vererbung klargestellt werden konnte (Fälle Moses' und Königsdorfs), andere, in welchen die Tumoren seit der Geburt datierten (Fälle Hallopeaus, Hahns und Westphalens), noch andere, in welchen die Tumoren in der Jugend auftraten (Fälle Bockharts, Lahmanns und Thilows).

Bei multiplem kutanen Fibroma molluscum scheint die Prädisposition zur Erzeugung von Tumoren hauptsächlich dem eigentlichen Nervenbindegewebe eigen zu sein, da, wie oben erwähnt, die allerersten Entwickelungsphasen solcher morböser Erscheinungen im Endoneurium auftraten, um sich später auf das Peri- und Epineurium und von dort auf das umgebende Bindegewebe auszudehnen.

Es mufs jedoch zugegeben werden, dafs die Prädisposition allein nicht genügt, um die Entstehung von Fibroma molluscum zu rechtfertigen; andere Anlässe müssen hierzu mit beitragen. In einigen Fällen schien die Lehre von der Irritation begründet zu sein; Kummer und H. Christiani beobachteten schmerzende Tuberkeln der Haut, hervorgebracht durch multiple Fibrome der beiden grofsen Occiputnerven bei einem Weibe, welches die Gewohnheit hatte, Lasten auf dem Kopfe zu tragen. Dieser Fall hat jedoch nichts gemein mit jenen von in sehr grofser Anzahl über die Oberfläche des Körpers zerstreuten Fibromata mollusca, mit welchen ich mich in diesem Aufsatze beschäftigt habe.

Einige Pathologen haben angenommen, dafs Mikroorganismen hier im Spiele sein könnten. Der von Bockhart angeführte Fall, wo ein Fibroma molluscum, in welches er Rotlaufstreptococcus inokuliert hatte, Elephantiasischarakter angenommen hatte, trug dazu bei, dieser Hypothese Wert zu verleihen.

Die hierüber, insbesondere von Philippson nach der Methode Grams vorgenommenen Untersuchungen haben jedoch bisher noch keine positiven Resultate ergeben, welche diese Ansicht bekräftigen würden.

Einige angelegentlichst studierte Fälle liefsen annehmen, dafs die wahre Entstehungsursache der Neurofibrome zuweilen Gifte oder spezifische Fermente seien, welche durch mechanische oder rheumatische Ursachen zufällig in den Lymphgefäfsen der Nerven zurückgehalten worden waren. Man hat in der That von Fällen gesprochen, in welchen nach einer

Arsenikvergiftung eine Entwickelung von Neurofibromen stattgefunden hatte; von anderen, in welchen sie nach Infektionen von Diphtheritis, Scharlach, Morbilli, nach septischen und auch nach rheumatischen Infektionen begonnen hatte, jedoch bei genauer Analyse dieser Fälle gelangt man sehr bald zur Überzeugung, dafs es sich rein nur um Zufälligkeiten gehandelt habe, oder dafs sie sich zumeist auf Fälle von isolierten Fibromata mollusca bezogen, nicht aber auf solche von multiplen, wie jene, welche ich in vorstehendem Aufsatze erörtert habe.

Bibliographie.

1. Verneuil, *Bulletin de la Société d'Anatomie de Paris.* 1858. F. 5.
2. Beale, *Transactions of the Pathological Society.* Bd. VI. S. 313.
3. Hilton, *Medico-Chirurgical Transactions.* LIII.
4. Virchow, *Die krankhaften Geschwülste.* Bd. I. S. 326.
5. Rokitansky, *Pathologische Anatomie.* Bd. II.
6. Recklinghausen, *Über die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen.* Berlin, Hirschwald. S. 41.
7. Kyrieleis, Dissert. Göttingen 1885. (*Ein Beitrag zu den multiplen Fibromen der Haut und den multiplen Neuromen.*)
8. Hürtle, Dissert. Jena 1886, (*Beiträge zur Kenntnis des Fibroma molluscum und der kongen. Elephantiasis.*)
9. Krieger, *Virch. Arch.* Bd. 108.
10. Westphalen, *Virch. Arch.* Bd. 114.
11. Pomorski, *Virch. Arch.* Bd. 111.
12. Payne, Multiple neurofibromata in connexion with molluscum fibrosum. *Path. Trans.* 1887.
13. Thilow, *Beiträge zur Kasuistik des Fibroma molluscum multiplex.* Inaug.-Dissert. Berlin 1889.
14. Lahmann, Die multiplen Fibrome in ihrer Beziehung zu den Neurofibromen. *Virch. Arch.* Bd. 101.
15. Philippson, Beiträge zur Lehre vom Fibroma molluscum. *Virch. Arch.* Bd. 110.
16. Modrzejewski, Multiple angeborene Fibromata mollusca. *Berl. klin. Wochenschr.* 1882. S. 627.
17. Posadski, Fibroma molluscum multiplex congenitum. *Virch. Arch.* Bd. 89.
18. Bockhart, Über die multiplen Fibrome der Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1883.
19. Küster, Demonstration zweier Fälle von multiplen Geschwülsten. *Berl. klin. Wochenschr.* 1884. S. 343.
20. Groh, Ein Fall von Fibroma molluscum. *Wien. med. Blätter.* 1888. No. 14.
21. Hahn, *Beiträge zur Kasuistik des Fibroma molluscum.* Inaug.-Dissert. Würzburg 1888.
22. Hallopeau, Neurômes multiples. *Ann. de derm.* 1889. No. 8 u. 9.
23. Bergmann, Ein Fall von multiplen Fibromen der Haut mit Sarkom. *Berl. klin. Wochenschr.* 1889. No. 52.
24. Otto Giers, Beiträge zur Kasuistik des Fibroma molluscum. *Virch. Arch.* Bd. II. Abt. 2. S. 398.

25. DU MESNIL, Beiträge zur Anatomie und Ätiologie einiger Hautkrankheiten. *Würzb. Verhdlg.* 5.
26. KÖNIGSDORF, *Ein Fall von Fibroma molluscum multiplex.* Inaug.-Dissert. Würzburg 1889.
27. MOSES, Fibrômes multiples héréditaires avec Elephantiasis. *Sem. méd.* 10. November 1890.
28. KUMMER und H. CHRISTIANI, Tubercules douloureux formés par des fibromes multiples des deux grands nerfs occipitaux. *Rev. méd. Suisse.* Dezember 1890.
29. PILLIET, Gaines concentriques autours de corps neuro-musculaires. *Bull. Soc. Anat.* Paris 1890. S. 275.
30. CIMMINO, Caso di fibromi multipli cutanei con metamorfosi sarcomatosa. *Giorn. delle mal. ven. e della pelle* Marzo 1891. Fasc. 1. S. 28.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Kleines Molluskfibrom der Haut. (Querdurchschnitt; Leitz: Oc. 0, Ob. 1.)
a) Epidermis.
b) Derma.
c) Gewebe des Neoplasma.

Fig. 2. Neuro-Fibrom im kruralen Biceps. (Natürliche Größe; nach der Natur.)

Fig. 3. Fibroneurom auf dem cutanen Aste des Peronaeus. (Längsdurchschnitt; behandelt mit Osmiumsäure; Leitz: Oc. 3, Ob. 3.)
a) Neoplastisches Gewebe.
b) Nervenfasern.

Fig. 4. (Durch Maceration mit Chlorgold erzieltes Präparat; Leitz: Oc. 3, Ob. 7, Vergr. 600 d.)
a) Muskelfasern, atrophiert oder bloſs geschieden.
b) Neoplastisches Gewebe.
c) Nervenfasern, zerstreut, atrophisch oder in Degeneration begriffen.

Fig. 5. (Leitz: Oc. 3, Ob. 3, Vergr. 115 d.)
a) Gewebe des Neoplasma.
b) Geschiedene Fasern des neoplastischen Gewebes.
c) Atrophische Muskelfasern.
d) Fasern, die Vervielfachung der Gruppen des Sarkolemms aufweisend.
e) Gefäſs, mit Blutkörperchen erfüllt.

Fig. 6. Neuro-Fibrom im dicken Teile des Derma oder kleines Molluskfibrom, noch keine Erhöhung der Haut verursachend. (Leitz: Oc. 1, Ob. 1.)
a) Epidermis.
b) Obere Schichte des Derma.
c) Tiefere Schichte des Derma.
d) Kleine Tumoren zwischen den beiden Schichten, durchzogen von den mittelst Osmiumsäure schwarz gefärbten Nervenfasern.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Juli 1894.

Vorsitzender: Herr E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Brocq stellt in seinem Namen und im Namen von Déjerine und Misallié eine 47jährige Frau vor, die weder hysterisch noch neurasthenisch ist, und die seit mehreren Monaten an einem typischen, symmetrischen Ekzem beider Hände leidet. Dasselbe hat sich im Gebiet des Nervus medianus und Nervus radialis entwickelt, während das Gebiet des Nervus cubitalis ganz frei geblieben ist.

Die Sensibilität für Druck und Stich ist an den erkrankten Stellen deutlich herabgesetzt; im linken Arme bestehen in der Ruhe sowohl wie bei der Bewegung heftige Schmerzen, in beiden Armen das Gefühl von Abgestorbensein und Schwere. Der Verlauf von Nervus medianus ist auf Druck schmerzhaft. Déjerine hat die Kranke gründlich untersucht und glaubt, es handle sich bei ihr um eine trophoneurotische Störung, wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer Neuritis; Gehirn und Rückenmark seien aber nicht erkrankt. Brocq weist auf die hohe Wichtigkeit dieses Falles hin, der unwiderleglich beweist, dafs ein **typisches Ekzem im Anschlufs an eine Erkrankung des Nervensystems** zu stande kommen könne. Für den vorliegenden Fall könnte man ja auch behaupten, dafs das Eccema, von dem die Frau befallen werden sollte, sich an dem schwächsten Punkte des Körpers lokalisieren mufste, also an denjenigen Stellen, deren Sensibilität infolge der Neuritis herabgesetzt war. Wie man sich den Fall aber auch immer zurechtlegen mag, so bleibt seine Beweiskraft für die hervorragende Rolle, welche das Nervensystem beim Zustandekommen des Eccemas spielt, doch immer bestehen.

Louis Wickham: **Dermatitis herpetiformis Duhring: Varietas erythemato-pustulosa.** Der in der Gesellschaft vorgestellte Patient leidet seit neun Jahren an einem Ausschlage, der sich während der ganzen Zeit seines Bestehens fast nicht verändert hat. Die ursprünglichen Elemente bestehen aus kleinen Vesikeln, die von vornherein mit Eiter gefüllt sind und auf gesunder Haut entstehen. Um diese Pusteln herum bilden sich dann sehr schnell weitere Eiterknötchen; ihr Untergrund wird erythematös, und auf diese Weise kommt es zur Bildung roter, gut begrenzter Flächen, die mit kleinen Pusteln besetzt sind. Demnach besteht der Ausschlag aus zahlreichen, mehr oder weniger beträchtlichen Herden, die die Gröfse eines Fünffrankstückes erreichen, häufig auch, wie z. B. an den Beinen, noch viel gröfsere Hautflächen bedecken. Diese Herde haben eine verschieden lange Dauer; die meisten verschwinden nach einigen Wochen, während einige in die Nachbarschaft weiterkriechen.

Das Leiden ist ein chronisches und verläuft in einzelnen Schüben. Es wird von einem beständigen Pruritus begleitet; das Allgemeinbefinden hat aber nicht gelitten. Alle diese Symptome gestatten es, die Diagnose auf Dermatitis herpetiformis Duhring zu stellen.

Ich mache darauf aufmerksam, dafs der Typus erythemato-pustulosus in diesem Falle ganz rein ist; jedoch sei hier auf eine ganze Reihe von Folgezuständen der beschriebenen Herdbildung hingewiesen. Die einzelnen Herde hinterlassen nämlich

eine bläuliche Verfärbung der Haut, die auf Druck etwas abblafst. Die Haut ist an diesen Stellen glatt, wie atrophiert; die Cutis und das darunterliegende Gewebe sind verdickt und bilden richtige sklerosierte Herde. Bisweilen springen die verdickten Stellen reliefartig über die gesunde Haut hervor. Aufserdem gewahrt man in den erkrankten Gegenden an zwanzig kleine, harte Knötchen von keloidartigem Aussehen, die wahrscheinlich trophischen Ursprungs sind, worauf es auch beruhen mag, dafs vor zwei Jahren plötzlich die Nägel abgefallen sind.

Potterin: **Die Behandlung des Herpes tonsurans mit dem ameisensauren Aldehyd.** Das Formaldehyd besitzt stark wirkende antiseptische Eigenschaften. Dabei sind seine Dämpfe, selbst dem Fett gegenüber, äufserst diffusibel. Es lag daher nahe, dies Mittel bei Behandlung der Tinea zu versuchen, bei der die Heilung dadurch so erschwert wird, dafs der Haarfollikel in der Tiefe liegt und von Sebum bedeckt ist.

Meine Versuche, die sich über zwei Jahre erstrecken und sowohl im Kinder-Hospital, wie auch in der vom Hôpital Saint-Louis gehaltenen Schule für Kinder mit Herpes tonsurans durchgeführt wurden, haben nur einige gute Ergebnisse, meistens aber leider nur Mifserfolge gehabt. Besser erging es mir aber auch nicht mit den anderen Mitteln, die in dem nämlichen Zeitraume durchprobiert wurden.

Zur Verwendung kam das Formaldehyd in einer 2%igen Lösung. Der Kopf wurde mit einer in dieser Lösung angefeuchteten Kompresse bedeckt und darüber eine Kappe von Kautschuk befestigt. In dieser Verdünnung wird das Mittel von den kleinen Kranken ganz gut vertragen; tritt Entzündung der Kopfhaut ein, so wird es für 24 Stunden ausgesetzt.

H. Hallopeau: **Prurigo simplex Vidal-Brocq und Prurigo Hebra.**

1. Die Dermatose, die Vidal als Lichen simplex acutus, Tommasoli als Prurigo temporalis und Brocq als Prurigo simplex acuta beschrieben hat, bildet, wie diese Forscher nachgewiesen haben, eine Art für sich.

2. Die vesikuläre Form der Elemente gestattet nicht, die Bezeichnung Lichen beizubehalten; der Name Prurigo autotoxica ist einer Hypothese zuliebe erdacht; es ist daher die Benennung Prurigo simplex zu wählen.

3. Der Ausschlag gewinnt durch seinen cyklischen Verlauf, sowie durch seine Vorliebe für Nacken, Knie und Ellenbogen Ähnlichkeit mit den Pseudoexanthemen.

4. Vielleicht bilden sich während der Schwangerschaft und des Puerperiums Toxine, die man wohl als nächste Ursache ansehen mufs.

5. Die akuten Anfälle, die sich bei der Prurigo Hebra mehrfach innerhalb eines Jahres wiederholen, haben in Bezug auf ihre Symptome, ihre Lokalisation und ihre Struktur grofse Ähnlichkeit mit der Prurigo simplex acuta. Beide Formen gehören der nämlichen Krankheitsfamilie an.

H. Hallopeau: **Pityriasis rubra pilaris, Lichen Wilsonii oder Lichen scrophulosorum?** Der kleine, vorgestellte Patient zeigt, wie schwierig die Differentialdiagnose zwischen den genannten drei Formen sein kann. Bei dem Knaben besteht nämlich einmal auf dem linken Schenkel ein Exanthem, das wahrscheinlich tuberkulöser Natur ist; die Leistendrüsen der entsprechenden Seite sind vergröfsert. Dies und das Vorhandensein eines miliaren Ausschlages am Rumpfe sprechen für Lichen scrophulosorum. Andererseits befinden sich auf den Fingerrücken spitze Papeln, die an Pityriasis rubra pilaris denken lassen, während schliefslich die beträchtliche Erweiterung der Schweifsdrüsenausführungsgänge in der einen Hohlhand kaum wo anders als beim Lichen Wilsonii beobachtet wird. Die Diagnose wäre demnach zweifelhaft, wenn nicht die in der Umgebung des tuberkulösen Ausschlages vorhandenen Papeln, die mit denen der Pityriasis rubra pilaris identisch sind, deutlich zu Gunsten eines Lichen scrophulosorum sprächen.

Fournier und Sabouraud: **Pityriasis versicolor mit dem Aussehen eines Kindersyphilids.** Ein mehrwöchentliches Kind hatte auf dem Gesäfs, den Schenkeln, dem Leib eine heftige Entzündung der Haut; dazwischen bestanden Herde, die namentlich am Rande mit Schuppen bedeckt waren; sie waren spiral- oder kreisförmig; in der Mitte erschien die Färbung etwas weniger rot. Das Kind befand sich in einem schlechten Ernährungszustande, und angesichts der beschriebenen Entzündung war es ganz natürlich, an Syphilis zu denken. Die Untersuchung der Eltern förderte nun zwar keinen hierfür sprechenden Befund zu Tage, jedoch entdeckte man bei der Mutter Pityriasis versicolor auf der Brust. Das brachte uns auf den Gedanken, ob es sich nicht auch bei dem Kinde um diese nämliche Form handeln könne, und die Untersuchung der Schuppen bestätigte diese Vermutung. Es verdient hervorgehoben zu werden, dafs die Pityriasis versicolor bei dem Kinde so sehr ihr gewöhnliches Aussehen veränderte, dafs sie mit einem kindlichen Syphilid verwechselt werden konnte. Wahrscheinlich sind die Zartheit der Haut und die Vernachlässigung des Kindes daran schuld. Der ganze Ausschlag verschwand nach einer aufweichenden Behandlung und nach Anwendung von Styraxsalbe in wenigen Tagen.

Mendel: **Glossitis syphilitica in Form von Leucoplasia lenticularis.** Der betreffende Patient hat auf seinem Zungenrücken etwa zehn weifse, kleine Flecken, die etwas Glanz besitzen, rund sind und einen Durchmesser von 3—5 mm haben. Sie sehen genau so aus wie ein Lichen planus der Zunge, für welche Form M. einen typischen Fall vorführt. Derartige Dinge mufs man kennen, um Verwechselungen zu vermeiden.

Sabouraud zeigt, **dafs verschiedene Formen der menschlichen Sykosis von Vögeln herrühren.** Ich habe die Ehre, der Gesellschaft Kopf und Hals einer trichophytischen Henne vorzulegen, die Herr Méguin so freundlich war, mir zu schicken. An den erkrankten Stellen sind die Federn gänzlich ausgefallen, nur ein von Epidermis gebildeter, hervorragender Kegel bezeichnet noch je den Sitz einer Feder — in diesem Kegel haust der Parasit massenhaft.

Das Wichtigste, das wir aus diesem seltenen Präparate erkennen, ist, dafs die hier vorhandene Trychophytonart die nämliche ist, aus der die Rosakulturen hervorgehen, und die ich während der letzten zwei Jahre dreimal im Barte von Männern angetroffen habe. Jedesmal liefs sich aus den Angaben der Kranken feststellen, dafs sie sich die Ansteckung von einem Vogel zugezogen hatten. Aber bis jetzt wollte mir der unumstöfsliche Beweis dafür nicht gelingen.

Nunmehr ist aber diese Trichophytonart mit Rosakulturen ihrem Ursprung nach — der wahrscheinlich aber nicht nur auf die Vögel beschränkt ist — ermittelt. Hier habe ich zum Vergleich sowohl Kulturen, die von dieser Henne, sowie auch solche, die von menschlichen Parasiten herstammen, mitgebracht, letztere seit 20 Monaten in meinem Besitze. Beide gleichen sich vollkommen.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

230. Versammlung.

(Nach *The Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* April 1894.)

Dr. Allen stellt einen **Fall von Keratosis follicularis** vor. Der Patient, ein junger Mann mit einem Torticollis, zeigt am Rücken kleine, disseminierte, mit den Follikeln zusammenfallende entzündliche Efflorescenzen. Von dem Zentrum der Follikel ragen kleine Spitzen hervor, die man mit der tastenden Hand fühlen kann.

Einen **Fall von Lymphangioma** stellt Dr. Fox vor. Der Patient ist ein 60jähriger Mann mit einem Lymphangiom, welches den rechten Arm und Vorderarm, die rechte Seite der Clavicular- und Sternalregion einnimmt. Die Störung wurde

zuerst im Jahre 1865 im Anschluſs an eine Verletzung bemerkt. Unterhalb der Clavicula zeigte sich ein Bläschen. Dasselbe enthielt eine Flüssigkeit, die sich nach und nach zu einer soliden gelatinösen Masse entwickelte. Die Efflorescenz breitete sich langsam über die Brust und den rechten Arm aus. Zeitweilig entstanden Tumoren, die der Sitz eines Entzündungsprozesses wurden. Derselbe ging langsam wieder zurück und hinterliefs deutlich Kavitäten. Die befallene Region zeigt das Aussehen einer ausgesprochenen Elephantiasis.

Diskussion:

Dr. Fordyce meint, der Fall mache auf ihn den Eindruck, als sei er infektiöser, vielleicht tuberkulöser Natur. Man müsse, ehe man eine sichere Diagnose stelle, erst das Resultat der mikroskopischen Untersuchung abwarten. Er halte jedoch das Lymphangioma nicht für die primäre Affektion.

Dr. Elliot hat den Patienten vor 2—3 Wochen gesehen und die Diagnose auf lymphatische Tuberkulose oder, wie sie deutsche und französische Autoren nennen, auf Skrophuloderma gestellt. Das Lymphangioma zeige keine solche Tendenz zur Ulceration, wie sie der Patient bewiesen habe.

Dr. Sherwell sagt, die Ulceration könne von reizenden Applikationen herrühren oder ginge von einer sekundären, tuberkulösen Infektion aus.

Die Frage, ob es sich um einen lymphangiomatösen oder um einen skrophulösen Prozefs handelt, wird von den Dres. Elliot, Fox, Piffard, Sherwell weiter diskutiert.

Fall zur Diagnose, vorgestellt von Dr. Cutler. Der Patient ist ein junger Mann, der eine bedeutende Hypertrophie der Unterlippe zeigt. Der Prozefs begann vor drei Jahren im Winter als eine Art Ekzem der Unterlippe. Seitdem ist die Lippe stetig gewachsen. Der Zustand bessere sich etwas im Sommer und werde im Winter wieder schlechter. Die rechte Lungenspitze sei phthisisch.

Diskussion.

Dr. Fordyce glaubt, die Hypertrophie sei lymphatischer Natur.

Dr. Taylor berichtet über einen ähnlichen Fall, bei welchem der jugendliche Patient an Asthma und an einer Herzkrankheit gelitten habe. Derartige Hypertrophien der Lippe seien in dem Alter sehr selten.

Die Behandlung des Xanthoma mit Elektrolyse. Dr. Fox stellt zwei Fälle vor, welche mit Elektrolyse erfolgreich behandelt worden sind. Der erste Patient zeigte Xanthomata an dem oberen und unteren Augenlide, welche schon nach zwei Einführungen der Nadel rapide verschwanden. Bei dem anderen Falle wurde ein Xanthoma am oberen Augenlide nach fünfmaliger, nur oberflächlicher Einführung der Nadel (von je einer Minute Dauer) beseitigt. Die Operation verursachte sehr wenig Schmerzen.

Dr. Allen behandelt einen Fall von Keloid der Brust mit Elektroyse. Die Hälfte des Tumors sei bereits zerstört, und er könne danach dauernde Heilung prophezeien.

Fall zur Diagnose, vorgestellt von Dr. Cutler. Die Patientin ist eine junge Frau von 22 Jahren, die bis zu ihrem 14. Lebensjahre gesund war, als sie einen Masernanfall bekam. Nach Ablauf desselben zeigte unmittelbar unter dem Ellenbogen, am rechten Vorderarme, ein Tumor, der unter der ärztlichen Behandlung wieder verschwand. Nach einiger Zeit kam er von neuem zum Vorschein, wuchs und dehnte sich ständig nach oben bis zur Schulter, nach unten bis zum Handgelenk aus. Gelegentlich verursacht ihr der Arm Schmerzen, doch stört sie mehr das häfsliche, entstellte Aussehen desselben. Die Geschwulst ist von unregelmäfsiger Gestalt, unebener Oberfläche und von dunkelroter Farbe. Obgleich er sich aus erweiterten

Gefäfsen zusammensetzt, fühlt er sich dennoch weich an. Die Oberfläche ist von einer grofsen Zahl von Talgfollikeln besät, aus denen Serum ausgedrückt werden kann.

Dr. Elliot und Dr. Morrow halten den Fall für einen „Naevus molluscifor mis".

Fall zur Diagnose, vorgestellt von Dr. Cutler. Der Patient ist ein junger Mann von 28 Jahren. Vor drei Monaten entwickelten sich dicht unter der Haut kleine, erbsen- bis haselnufsgrofse, sich weich anfühlende Tumoren, und zwar zuerst nahezu symmetrisch an den Armen, später am Stamm. Die Tumoren an den Extremitäten verursachen keine Schmerzen, wohl aber sind einzelne am Stamm zeitweilig sehr schmerzhaft. Derartiger Tumoren sieht man etwa 20—30.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder erklären den Fall für „multiple Lipome".

Ein Fall von rekurrierendem, desquamativen Erythema scarlatiniforme, vorgestellt von Dr. Allen. Der Patient hat mehrere derartiger Attacken gehabt. Die Eruption hat keine Ähnlichkeit mit Ekzem. Sie juckt nicht, näfst nicht, wenn sie nicht gerade stark gereizt wird, und ist stets von einer deutlich markierten Desquamation gefolgt. Jeder Anfall dauert etwa zehn Tage. Eiweifs wurde im Urin nicht gefunden.

Dr. Allen hat mehrere ähnliche Fälle beobachtet, von denen einer durch Applikation von Sinapismen oder anderen Reizmitteln Attacken bekam.

Dr. Elliot sah viele Fälle von sogenanntem idiopathischen Erythema scarlatiniforme, und zwar deshalb idiopathisch, weil es nicht gelingt, die erregende Ursache zu entdecken. Er sehe die Eruption nur als eine rein symptomatische an, als die Antwort, welche die Haut auf alle Arten von ursächlichen Faktoren erteilt. Sie kann ihre Ursache haben in Verdauungsstörungen, in der Applikation gewisser Arzeneien, in dem Genufs gewisser Nahrungsmittel, in Wunden, oder sie kann ein Vorläufer von Infektionskrankheiten sein.

Dr. Fox sagt, das Interessante in dem vorliegenden Falle sei, dafs die Affektion alle 2—3—4 Monate wiederkehre. Sie sei augenscheinlich idiopathisch und habe ihre Ursache vielleicht in einer Störung des Nervensystems. Angst und psychische Depression könnten einen Anfall hervorrufen.

Dr. Sherwell hat während der letzten Influenzaepidemie mehrere Fälle gesehen, die vielleicht auf den Gebrauch von Arzeneien zurückzuführen sind.

An der Diskussion beteiligen sich noch die Dres. Klotz, Taylor, Fordyce, Allen.

Dr. Elliot erwähnt zur Differentialdiagnose zwischen der skarlatiniformen Eruption und dem Scharlachfieber unter anderem, dafs bei der ersteren die Desquamation am dritten oder vierten, bei der letzteren am zehnten oder elften Tage beginne.

Ein Fall von „Acné pilaire cicatricielle", vorgestellt für Dr. Lustgarten, von Dr. Allen. Der Zustand ist als Unnas Ulerythema sycosiforme bekannt. Es handelt sich um eine Sykosis mit Ausgang in Narbenbildung.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, vorgestellt für Dr. Lustgarten, von Dr. Allen. Die Krankheit besteht seit sieben Jahren und scheint sich gegenwärtig unter der Behandlung mit Pilokarpin zu bessern.

Ein Fall von Lichen ruber, vorgestellt von Dr. Fox. Der Patient ist bereits vor mehreren Jahren der Gesellschaft vorgestellt worden. Die Eruption erschien zuerst an den Armen, dehnte sich dann abwärts auf die Vorderarme aus und hat in der letzten Zeit Brust und Rücken ergriffen. Die Läsionen sehen sehr denen bei Psoriasis ähnlich. Der Zustand war zeitweilig besser, zeitweilig schlechter. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist gut. Das Jucken ist sehr intensiv und wird durch Vaselin besser als durch irgend ein anderes Mittel gemildert.

C. Berliner-Aachen.

New Yorker Akademie der Medizin.
Sektion für Harn- und Geschlechtskrankheiten.

Sitzung vom 13. Februar 1894.

(Nach dem *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* April 1894.)

Zwei Fälle von multipler Initialsklerose. Dr. Vaughan berichtet über einen Mann, der drei Wochen nach dem verdächtigen Coitus einen Schanker an der Grenze zwischen Scrotum und Penis, vier Wochen später einen zweiten am Frenulum und zehn Tage darauf noch einen dritten acquirierte. Alle drei waren typische, indurierte Schanker. Eine allgemeine makulöse Eruption zeigte sich etwa eine Woche nach der Entwickelung des dritten Schankers. V. erzählt die Krankengeschichte eines zweiten ähnlichen Falles.

Dr. Ch. L. Gibson zeigt ein **Carcinoma penis** von einem 73jährigen Manne, der vor zehn Jahren wegen dieses Leidens erfolgreich operiert worden war, vor einigen Tagen erst an einer Pneumonie gestorben und zur Autopsie gekommen war. Die Harn- und Genitalorgane wurden bei der Sektion sorgfältig untersucht. Es fand sich nicht das geringste Anzeichen von metastasischen Ablagerungen oder eines Recidivs des vor zehn Jahren operierten Epithelioms vor.

Redner berichtet über einen zweiten Fall von Carcinoma penis, dessen Diagnose anfangs Schwierigkeiten bereitet hat. Dasselbe wurde operiert. Drei Jahre nach der Operation zeigten sich die Anzeichen von Metastasen in den rechten Leistendrüsen. Der Patient starb im Cancer-Hospital.

Dr. R. Taylor spricht allgemein über **Carcinoma penis und der Leistendrüsen.** Was die Ätiologie betrifft, so scheint neben Prädisposition chronische Reizung in der Mehrzahl der Fälle der hauptsächlichste ursächliche Faktor zu sein. So spielt die Phimosis, da sie häufig eine Balanitis und Balanoposthitis im Gefolge hat, auch in der Ätiologie des Carcinoms eine hervorragende Rolle. Doch sieht man die Krankheit sich auch bei ganz normaler Vorhaut, ja sogar bei Leuten ohne Vorhaut entwickeln. Meistens handelt es sich um Personen niederen Standes, die auf Reinlichkeit wenig Gewicht legen.

Auch die Syphilis, insbesondere die von der Syphilis zurückgelassenen Narben können den Boden für die Entwickelung eines Carcinoma penis bilden. Vortragender beschreibt ausführlich die Symptome und den Verlauf der Krankheit. Die schweren Symptome treten meist erst auf, wenn der Krebs sich voll entwickelt hat. Es sind lancinierende Schmerzen, welche dem Penis entlang bis in die Leisten ausstrahlen. Durch die maligne Geschwulst kann das Orificium urethrae bis zu völligem Verschlusse komprimiert, das Urinieren erschwert oder unmöglich gemacht werden. In späteren Stadien treten nicht selten ernste Blutungen auf. Einige Patienten klagen über schmerzhafte Erektionen. Eins der unangenehmsten Symptome ist eine entsetzlich übelriechende Sekretion. Die Patienten gehen an Marasmus oder früher an den Folgen der Retentio urinae etc. zu Grunde. Die Leistendrüsen sind meistens an beiden Seiten mitergriffen.

Die Prognose hängt zumeist von dem Sitze der Krankheit und von der Zeit ab, in welcher dieselbe erkannt wird und noch operabel ist.

Diskussion.

Dr. Fuller zeigt ein Präparat von Carcinoma penis, das seinen Anfang in der Urethra genommen und beim Weiterwachsen den Penis perforiert hatte.

Dr. Fordyce meint, das Carcinom in Fullers Falle könne vielleicht in der Blase entstanden sein. Einige Krebszellen oder etwas von carcinomatöser Materie könne, durch die Urethra verschleppt, sich in der Nähe des Orificiums angesiedelt und zur Entwickelung eines sekundären Tumors Anlafs gegeben haben.

Dr. Powers, Otis, Allen machen darauf aufmerksam, wie es für die Prognose von aufserordentlicher Wichtigkeit sei, die Diagnose frühzeitig zu stellen und den Fall rechtzeitig und energisch zu behandeln.

Dr. Allen hält die radikale Beseitigung des Carcinoms auf operativem Wege für selbstverständlich. In einem Falle jedoch, bei dem keine Drüsenschwellung bestanden hatte, habe er zuerst Pyrogallol in gehöriger Stärke und danach eine kaustische Paste appliciert. Die Ulcerationen heilten ab, und der Mann blieb seitdem gesund.

Dr. S. Alexander bemerkt, dafs harter Schanker bisweilen irrtümlich für Krebs und häufig carcinomatöse Produkte für syphilitisch angesehen werden. Er stimme mit Dr. Powers darin überein, dafs bei der Operation die befallenen Leistendrüsen beiderseits gründlich ausgeräumt werden müfsten.

Dr. Manley weist bei der Besprechung der Ätiologie und der noch zweifelhaften parasitären Natur des Krebses darauf hin, dafs, während das Carcinom des Cervix uteri sehr gewöhnlich, das des Penis doch aufserordentlich selten sei. Heredität scheint zweifellos eine ursächliche Rolle zu spielen.

In einzelnen Fällen von Carcinoma penis sei der Gebrauch von Causticis der Radikaloperation vorzuziehen und ebenso wirksam. Die Applikationen könnten durch Kokain schmerzlos gemacht werden. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 28. Heft 1. 1894.

I. Beiträge zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Prozesses, von E. Finger, A. Ghon und F. Schlagenhaufer.

1. Zur Kultivierung des Gonococcus. Die Verfasser berichten zunächst über die Versuche, den Gonococcus rein zu züchten und erfolgreich überzuimpfen. Erst Wertheim war es vorbehalten, ein Verfahren anzugeben, das mit Sicherheit Reinkulturen von Gonokokken erzielen liefs.

Auf Anregung von Prof. Weichselbaum haben die Verfasser eine Nachprüfung der Wertheimschen Angaben vorgenommen und sind zu denselben Resultaten wie dieser gelangt. Die Wertheimsche Methode konnte jedoch noch nicht als ideale, bequeme und unbedingt sichere angesehen werden. Die Verfasser sannen darauf, die Methode zu modificieren und zu vereinfachen. Es gelang ihnen dies vollkommen. Sie bedienten sich als Recipient für das Nährmaterial (Serumagar) der Petrischen Schalen, welche zum Aufgiefsen des Nährmaterials eine bedeutend gröfsere Oberfläche darbieten, als die einfachen Platten. In dieselben wurde unter den nötigen Kautelen etwas blennorrhoischer Eiter auf der Oberfläche des Serumagars in einer Reihe von parallelen Strichen in Abständen von ca. $^1/_2$ cm aufgestrichen. Der erste dieser Striche enthielt naturgemäfs die Hauptmasse des Eiters, der zweite und sofort jeder weitere der meist in der Zahl von 5—6 angelangten Striche enthielt successive immer weniger Eiter, und damit auch immer weniger Keime. Die so beschickte Petrische Schale kam in den Brutofen. Nach 24 Stunden und mehr hatten sich auf jedem der angelegten Striche entsprechend Kolonien von Mikroorganismen entwickelt. Während der erste Strich sich als ein Band konfluierender Kulturen verschiedener Mikroorganismen darstellte,

bestand, je nach Reichlichkeit des Impfmaterials an Keimen, der zweite, dritte, vierte Strich aus Kolonien, die nicht mehr konfluiert waren, sich nicht mehr berührten und ineinander übergingen, sondern voneinander isoliert waren. Insbesondere pflegten die späteren Striche nur mehr aus einzelnen, weit voneinander abstehenden Kolonien zu bestehen, deren Aussehen sie teils als Gonokokkenkolonien, teils als Kolonien anderer Mikroorganismen charakterisierte. Eine Abimpfung von den als Gonokokkenkolonien erkannten Kulturen auf schiefen Serumagar unter Anlage einer Strichkultur war leicht möglich. Die Durchmusterung der Oberfläche des Serumagars in der Petrischen Schale mit dem Mikroskop, das Stadium und die Bestimmung der Kolonien mit schwacher Vergrößerung ist leicht durchführbar.

Nachdem den Autoren die Vereinfachung des Kulturverfahrens gelungen war, machten sie sich an die Aufgabe, Kulturversuche auf leicht zu gewinnendem Nährmaterial anzustellen. Zunächst benutzen sie den Pfeifferschen Nährboden, mit menschlichem Blut bestrichenen Agar. Sowohl die Weiterzüchtung des Gonococcus, als auch die Isolierung aus dem gonorrhoischen Eiter von akuter Urethritis versagten in Petrischen Schalen niemals. Nur standen die so gezüchteten Kulturen, was Größe der Kolonien und Üppigkeit des Wachstums betrifft, den auf Serumagar gezüchteten nach. Bei den verschiedenen Züchtungsversuchen machten die Verfasser wiederholt die Wahrnehmung, daß Züchtungen von Gonokokken auf Rinderblutserumagar zuweilen versagten, daß auf denselben übertragene Reinkulturen von Gonokokken gar nicht oder nur sehr spärlich aufgingen. Die Ursache konnten sie schließlich darin finden, daß das Serum mancher Tiere einen zu hohen Grad von Alkalescenz besaß, und daß diese bedeutendere Alkalescenz des Nährbodens das Wachstum der Gonokokken behinderte. Wurde ein solcher wegen seiner hohen Alkalescenz minderwertiger Nährboden angesäuert, beispielsweise mit saurem phosphorsauren Natrium, so gelang es, die Güte desselben wesentlich zu verbessern. Hierbei machten die Verfasser die Erfahrung, daß Gonokokken auch auf saurem Nährboden vorzüglich gedeihen. Diese Wahrnehmung führte auf den Gedanken, statt des Serum menschlichen normalen sauren Harn zu verwenden. Der nunmehr bereitete Nährboden bestand aus zwei Teilen neutralen oder leicht alkalisch gemachten Fleischwasserpeptonagar (2% Agar, 1% Pepton) und einem Teile Harn.

Die Bereitung der Nährböden wurde in dreifacher Weise vorgenommen:

a) Der Harn wurde nach allen Kautelen steril aufgefangen und sofort dem Agar zugesetzt. Die Reaktion des Harnes war schwach sauer, die des fertigen Nährbodens neutral.

b) Ohne Kautelen entnommener Harn wurde dem Agar zugesetzt und dann erst das Gemisch sterilisiert. Die Reaktion des Harnes war schwach sauer, die des Nährbodens deutlich, aber sehr schwach alkalisch.

c) Der Harn wurde ohne Kautelen aufgefangen, durch einhalbstündige Erwärmung auf 70—80° C. sterilisiert und dann erst dem Agar zugesetzt. Der Harn reagierte vor und nach der Sterilisierung sauer, roch nicht nach Ammoniak, der fertige Nährboden reagierte neutral oder schwach alkalisch.

Auffallend ist, daß Harnagar sich zur Anlage einer ersten Gonokokkenkultur, zur Anlage einer Reinkultur vorzüglich eignet, die Weiterimpfung der nächsten Generationen auf Harnagar dagegen meist versagt. Ebenso ist die Dauer der Überimpfbarkeit der auf Harnagar angelegten Kulturen weit kürzer, als bei auf Serumagar kultivierten. Es empfiehlt sich daher, auf Harnagar nur die erste Reinkultur anzulegen, die Anlegung weiterer Kulturen, die Weiterimpfung aber auf Rinderserumagar oder Pfeiffers Blutagar zu besorgen.

Die Verfasser machten sodann Versuche mit der Darstellung künstlicher Nährböden.

Gonokokkenkulturen auf salzfreiem Serumagar gebracht, zeigten ein üppiges Wachstum, woraus man schliefsen konnte, dafs die Eiweifskörper des Blutserums es sind, die für den Gonococcus das Nährmaterial abgeben. (Vergl. dagegen weiter unten Krecks Ansicht. Ref.)

Auf Harnstoffagar entwickelten sich die Gonokokken ganz gut, blieben jedoch in ihrer Entwickelung, Üppigkeit der Kultur hinter den auf Serumagar, besonders Harnagar gezüchteten deutlich zurück. Hieraus konnten folgende Schlüsse gezogen werden:

1. Der Harnstoff des Urins giebt zweifellos für die Gonokokken, die auf Harnagar geimpft aufgehen, das Nährmaterial ab.

2. Aber auch die anderen Komponenten des Harnes spielen bei der Ernährung der Gonokokken eine gewisse Rolle.

In einer anderen Versuchsreihe fanden die Verfasser, dafs der gleichzeitige Zusatz von Harnstoff und Salzen, insbesondere von schwefelsaurem Kalium und schwefelsaurem Natron zu Fleischwasserpeptonagar den Nährwert desselben wesentlich erhöht, dafs aber die in dieser Weise zusammengesetzten Nährböden noch immer nicht als Ersatz für Serumagar und Harnagar gelten können.

Das Endergebnis aller Versuchsreihen ist, dafs der Harnagar wegen seiner hohen Nährkraft für den Gonococcus, der Einfachheit der Beschaffung, der Vermeidung aller jener Umstände, die mit der Bereitung der künstlichen Nährböden verbunden sind, allen den künstlich bereiteten Nährböden vorzuziehen sei. Was jedoch die Verläfslichkeit betrifft, so steht der Harnagar dem Menschenserumagar nach. Gonokokken gehen auf letzterem sicherer, auf Harnagar üppiger auf.

II. **Beiträge zur Ätiologie des Schankerbubo nebst Untersuchungen über das Ulcus molle**, von Th. Spietschka-Prag. Verfasser hatte im Jahre 1892 seine Erfahrungen mitgeteilt, die er mit den von Welander empfohlenen Injektionen von Hydrargyrum benzoicum bei der Behandlung der Schankerbubonen gemacht. Den günstigen Verlauf der Bubonen hatte er darauf zurückgeführt, dafs die Mikroorganismen in den Bubonen durch die Injektionen mit Hydrargyrum benzoicum getödtet würden. Diese Erklärung stützte sich auf die allgemein verbreitete Meinung, der Bubo entstehe durch das Eindringen von eitererregenden Mikroorganismen auf dem Wege der Lymphbahnen in die Lymphdrüse und zwar entweder als einfacher, nicht virulenter, oder bei Anwesenheit des spezifischen Kontagiums des weichen Schankers als ein virulenter oder schankröser Bubo. Da aber der Inhalt abscedierter Drüsen bei vorgenommenen Punktionen durchaus nicht einem Eiter glich, wie er sonst durch Eiterkokken hervorgerufen wird, sondern eher eine zähe, an Eiterkörperchen arme Masse bildete und zum gröfsten Teile aus nekrotischen Fetzen sich zusammensetzte, so drängte sich naturgemäfs die Frage auf, ob denn der Bubo in der That durch die in die Drüse eingedrungenen gewöhnlichen Eitererreger hervorgerufen werde, ob also der Bubo in der That das Produkt einer Mischinfektion sei. Die Litteratur giebt auf diese Frage keine befriedigende Antwort.

Verfasser hat nun durch Impfungen und Thierexperimente der Lösung der Frage näher zu treten gesucht.

Im folgenden werden die Methoden, welche bei den verschiedenen Experimenten und Untersuchungen in Anwendung kamen, ausführlich beschrieben und die dabei gewonnenen Resultate mitgeteilt. In den Bubonen, welche im Anschlufs an venerische Geschwüre entstehen, konnte Verfasser in keinem Falle irgend welche Mikroorganismen mikroskopisch nachweisen und die mit dem Inhalte derselben beschickten Nährböden

blieben immer steril. Bei der Überimpfung desselben in die menschliche Haut entstand niemals eine Pustel oder ein Geschwür, und bei Tieren, denen derselbe eingespritzt worden war, konnte Verfasser niemals irgend eine Erscheinung beobachten, welche auf die Anwesenheit pathogener Mikroorganismen hingedeutet hätte. Auch die Beschaffenheit und Zusammensetzung des Bubonineninhalts, namentlich seine Armut an Eiterkörperchen und das bedeutende Vorherrschen nekrotischer Massen spricht dafür, dafs es sich hier nicht um eine durch Kokken bedingte Eiterung handle, sondern um eine Nekrose des Gewebes, welche in den Lymphdrüsen beginnt und später auf die Umgebung übergreift. Wodurch aber die häufig so intensiven Entzündungserscheinungen in den Lymphdrüsen bei venerischen Geschwüren bedingt sind, wie der nicht selten rasch und weitgreifende Zerfall des Gewebes und die schlechte Tendenz zur Heilung erklärt werden sollen, waren die nächsten zu beantwortenden Fragen. Die Möglichkeit war vorhanden, dafs die spezifischen Mikroorganismen des Schankers selbst in die Lymphdrüsen gelangten oder dafs irgend welche von ihnen erzeugte Produkte resorbiert wurden und in den Drüsen ihre pathologische Wirkung entfalteten. Verfasser hat in dieser Richtung Untersuchungen angestellt. In dem Sekrete weicher Geschwüre fanden sich stets zahlreiche Mikroorganismen, und zwar nach Gram färbbare Staphylo-, seltener auch Streptokokken, ferner Diplokokken von verschiedener Gröfse und verschiedenartige Bacillen, darunter solche, welche den von Krefting beschriebenen glichen. Diese letzteren Bacillen lagen zumeist in Gruppen innerhalb der Eiterzellen, waren jedoch nicht in jener Massenhaftigkeit in den Präparaten des Verfassers nachzuweisen, wie in einem Präparate von Krefting. In den nekrotischen Partien des Geschwürsgrundes dagegen fanden sich Bacillen in grofser Menge. Dieselben stimmten, was Lagerung, Anordnung und Gröfse betrifft, vollkommen mit denen überein, welche Unna, später Petersen, im Geschwürsgrunde gefunden haben, und deren Befunde von Quinquaud und Nicolle, später von Krefting bestätigt wurden.

Die vom Verfasser gesehenen Bacillen liefsen jedoch eine Einkerbung in der Mitte und eine Abrundung der Enden erkennen. Ihre Anordnung war zumeist in Kettenform. Überimpfungen ergaben ein negatives Resultat, und so fehlte der letzte und wichtigste Beweis, dafs gerade diese Bacillen die spezifischen Erreger des weichen Schankers sind. Doch ist dies wegen des konstanten Vorkommens derselben in den Geschwüren, und namentlich wegen des Vorkommens ohne andere Mikroorganismen in den Inokulationspusteln im höchsten Grade wahrscheinlich.

Im Inhalt des uneröffneten Bubo gelang es niemals, auch nur einen einzigen Bacillus aufzufinden, weshalb man annehmen mufs, dafs dieselben für gewöhnlich im uneröffneten Bubo auch nicht vorhanden sind.

Die Beobachtungen des Verfassers geben somit keine Anhaltspunkte, welche zu Gunsten der Einbringung von antiseptischen oder antiparasitären Substanzen zum Zwecke der Therapie sprechen würden. Deshalb wird die günstige Wirkung der Injektionen mit Hydrargyrum benzoicum nicht der antiparasitären Eigenschaft dieses Mittels zuzuschreiben sein, sondern der direkten Wirkung auf die stark infiltrierten Gewebe, indem es dieselben schneller zum Zerfalle bringt und so deren raschere Resorption ermöglicht oder die künstliche Entfernung erleichtert.

Nach seinen Erfahrungen kann sich Verfasser nicht jener Lehre anschliefsen, nach welcher der einfache, nicht virulente Bubo das Produkt einer Mischinfektion ist, die durch das Eindringen der gewöhnlichen Eiterung erregenden Kokken in die Lymphdrüsen bedingt sei, und welche hier die Eiterung und Schmelzung des Gewebes hervorbringen sollen; vielmehr mufs man sagen:

Der dem weichen Schanker folgende Bubo enthält keine Mikroorganismen, die

wir mit unseren heutigen Mitteln nachweisen können, namentlich nicht jene Staphylo- und Streptokokken, welche als Eiterungserreger erkannt sind und sich nach der Gramschen Methode färben lassen. Er ist also keine „gewöhnliche Phlegmone", er ist aber auch keine Mischinfektion, verursacht durch die spezifischen Mikroorganismen des weichen Schankers in Verbindung mit den bekannten Eitererregern.

III. **Über die Abhängigkeit des Verlaufes der Syphilis von der Infektionsquelle**, von Jacob Halpern-Warschau. Es steht fest, dafs die Manifestationen der Syphilis mit der Entfernung vom Momente der Infektion ihren irritativ-entzündlichen und allgemeinen Charakter mehr und mehr einbüfsen und immer mehr chronisch und lokalisiert zu werden neigen. Diese Eigentümlichkeit der Syphilis scheint, wie dies aus zahlreichen von verschiedenen Autoren publicierten Beispielen hervorgeht, in der Übertragung der Krankheit sowohl durch Vererbung, als auch durch Kontakt eine wichtige Rolle zu spielen. Zunächst kann eine Übertragung der Syphilis der Eltern auf ihre Kinder in jeder Syphilisperiode ausbleiben. Andererseits zeigt die hereditäre Syphilis stets die Charaktere der Periode, in welcher sich die Eltern zur Zeit der Zeugung befanden; waren also zur gedachten Zeit die Eltern tertiär syphilitisch, so wird auch das Kind die dieser Periode zukommende Symptomengruppe an sich tragen.

Zeissl nimmt eine „angeborene" Syphilis mit Erscheinungen der sekundären Reihe und eine „angeerbte, latente", welche erst später mit tertiären Erscheinungen auftritt. Mit der Entfernung vom Momente der Infektion wird in Fällen hereditärer Übertragung der Syphilis an erster Stelle der irritativ-entzündliche Charakter der sekundären Syphilis abgeschwächt, ohne dafs dadurch die Möglichkeit des Auftretens tertiärer Erscheinungen der gummösen Periode ausgeschlossen wäre. Ja derartige tertiäre Symptome von Spätlues können nach Zeissl und Fournier oft schon in den allerersten Kinderjahren vorkommen, und zwar bei solchen Kindern, deren Eltern an länger dauernder und behandelter Syphilis leiden.

Dieser Zusammenhang zwischen dem Charakter der übertragenen Syphilis einerseits und derjenigen, an welcher der Übertragende leidet, andererseits wird nicht nur bei der hereditären Übertragung beobachtet, sondern kann sich auch bei der Übertragung der Krankheit, beispielsweise vom Manne auf die Frau, äufsern. Verfasser führt einige Fälle aus der Litteratur und aus der eigenen Praxis dafür an.

Im allgemeinen kann man annehmen, dafs bei der Übertragung der Syphilis durch Kontakt ebenso wie bei der hereditären Übertragung der mehr bösartige, resp. gutartige Verlauf der Syphilis unter anderen Momenten davon abhängig sei, ob von einem Individuum mit mehr, resp. weniger irritativ-entzündlicher Form der Syphilis die Ansteckung erfolgte.

IV. **Über den gegenwärtigen Stand der Lichenfrage**, von A. Neisser-Breslau. (S. Referat hierüber pag. 78.)

V. **Über die Behandlung des Lupus mittelst Parachlorphenol**, von A. Elsenberg-Warschau. Im Juli 1893 wurde dem Verfasser das Mittel von Prof. M. Nencki für die Behandlung des Lupus empfohlen. Das Parachlorphenol hat eine viel gröfsere Desinfektionskraft, als Phenol, bringt die Eiweifskörper nicht vollständig zur Gerinnung und ruft auch bei ausgedehnter und reichlicher äufserer Anwendung keine allgemeinen Erscheinungen hervor. Eine 2%ige Lösung von Parachlorphenol wirkt mächtiger, als 5%iges Phenol, und überhaupt stärker, als alle bis jetzt bekannten Mittel der aromatischen Reihe. Das Präparat, sei es in Krystallen oder in flüssiger Form, scheidet gewisse Mengen von Chlor aus und hat einen durchdringenden Chlorgeruch. Verfasser wandte das Mittel in folgender Weise an: Zunächst wurde Parachlorphenol mittelst eines Wattepinsels stark und mehrmals in das nicht exulcerierte Lupusgewebe eingerieben und dann auf dieselben Stellen ein Tropfen Flüssigkeit fallen gelassen;

exulcerierte Lupusflächen wurden einfach mit einem in Chlorphenol getränkten Wattetampon und darüber Guttaperchapapier bedeckt. Diese letzte Manipulation verursachte stets heftige Schmerzen und Schwellung der gereizten Partien, dagegen wurde das pathologische Gewebe rasch zerstört. Um die Reaktion zu erhöhen, zu verlängern und sie öfters hervorrufen zu können, bedeckt Verfasser die lupösen Hautpartien unmittelbar nach der Einpinselung mit Parachlorphenolsalbe (Lanolin, Vaselin, Stärke und Parachlorphenol zu gleichen Teilen) und läfst dieselbe 10—12 Stunden liegen. Hierauf werden nach Abwischen der Salbe mittelst trockener Watte die erkrankten Partien mit Salicyl- oder Jodoformsalbe bestrichen. Nach zwei Tagen läfst sich das Parachlorphenol schon wieder anwenden. Nach einigen auf diese Weise ablaufenden Reaktionsperioden verwendet Verfasser in der Regel Salicylseifenpflaster oder irgend eine indifferente Salbe während 1—1½ Wochen, bis sich die Reaktion spurlos verloren hat und der erlangte Effekt deutlich zu Tage tritt.

Die Schmerzen sind geringer und dauern kürzere Zeit, als nach Pyrogallussäure und anderen Präparaten.

Als unangenehmes, wahrscheinlich von der Verflüchtigung des Chlors herrührendes Begleitsymptom, namentlich bei Anwendung des Mittels auf der Gesichtshaut, ist zu konstatieren eine Reizung der Konjunktivalschleimhaut und sehr lästiges Thränenträufeln, welches erst nach 1—3 Stunden nachläfst.

Der günstige Einfluſs von Parachlorphenol ist im allgemeinen sehr langsam, tritt jedoch nach einer gewissen Zeit sehr deutlich zum Vorschein.

Die vom Parachlorphenol verursachten Veränderungen können in drei Phasen eingeteilt werden:

1. Die Oberfläche der lupös infiltrierten Haut ist in der Regel uneben, knötchenförmig, grob granuliert, nicht selten himbeerartig, sie ist häufig mit gelbbraunen oder roten Krusten, unter denen sich etwas Eiter befindet, bedeckt, seltener des Epithels beraubt und secerniert eine trübe, seröse Flüssigkeit. Nach mehrmaliger Einreibung des Parachlorphenols treten schon sichtbare Veränderungen ein. Die Oberfläche der lupösen Gebilde wird eben, glatt, mit Epithel überall bedeckt und zeigt einen starken Glanz.

2. Das lupöse Infiltrat der Haut nimmt bedeutend an Umfang ab, die Haut erscheint weniger dick, als vor Beginn der Behandlung. Am deutlichsten läfst sich dies an den Nasenflügeln, Lippen u. s. w. konstatieren, indem die Konfiguration der betreffenden Organteile zur Norm zurückkehrt, wenn auch dieselben noch an Umfang die gesunden Teile übertreffen. Ein solcher Zustand tritt manchmal schon nach 10—15 Einpinselungen ein.

3. Die Infiltration wird immer geringer, die Haut erscheint schon recht dünn; am auffallendsten sind in dieser Phase kleine weifsrötliche Stellen normaler Haut oder Narben inmitten des stark geröteten Feldes, welches jedoch viel weniger umfangreich wird. Die kranke Haut kehrt in der Peripherie des Herdes, wo die Veränderungen geringer und oberflächlicher waren, zu ihren normalen Verhältnissen zurück; dagegen an den stärker getroffenen Stellen übernimmt sie die Eigenschaften des Narbengewebes, welches von der Peripherie in Form von weifsen Streifen in die veränderte Haut eindringt.

Beim Lupus exulcerans zerstört das Parachlorphenol die mit Knötchen besetzten Ränder der Geschwüre und den infiltrierten Boden derselben teils direkt, teils auf dem Wege der Eiterung; nach Abfall des ersten Schorfes wiederholt sich der Prozefs in derselben Weise, wobei die Eiterung stets geringer wird.

Verfasser beschreibt im folgenden ausführlich das mikroskopische Bild der unter dem Einflusse von Parachlorphenol in den Geweben sich abspielenden Veränderungen.

Was den therapeutischen Enderfolg betrifft, so spricht sich Verfasser noch etwas skeptisch aus. Nach sechsmonatlicher Anwendung des Mittels ist noch in keinem Falle eine vollständige Heilung zu verzeichnen. Gleichwohl kann dasselbe als eine wertvolle Bereicherung in der Therapie des Lupus angesehen werden, weil es Vernarbung der Ulcerationen, Abnahme der lupösen Herde und Bildung eines Epithelüberzuges bewirkt; weil es ziemlich rasch weiche, langsam zerfallende Knötchen zerstört, vor allem aber viel besser als andere Lupusmittel die Entwickelung frischer Knötchen hemmt.

VI. **Eine einfache Methode zur Isolierung des Gonococcus im Plattenverfahren,** von F. Kràl-Prag. Verfasser hat eine gröfsere Zahl von Nährböden zur Isolierung des Gonococcus geprüft. Unter diesen haben sich die folgenden drei als für den Zweck brauchbar erwiesen:

I. 20 g, 24 Stunden lang gequellter Agar wurde im Dampftopfe bei 100° C. in 650 ccm Bouillon (ohne Kochsalz bereitet) gelöst (Dauer 1—1½ Stunden), auf 55° C. abgekühlt, 5 g Saccharose (Kandiszucker), 2,5 g Kochsalz und 350 ccm Rinderblutserum zugefügt, gut vermischt, ¾ Stunden bei 100° C. im Dampftopfe belassen, die das klare Substrat wabenartig umschliefsenden koagulierten gelben Serumeiweifskörper mehrfach durchschnitten, dann ersteres filtriert und in Reagenzröhrchen eingefüllt.

II. Gewöhnlicher 2% Nähragar, der mit dem Eiweifs von einem Hühnerei pro Liter geklärt worden war, wurde verflüssigt, auf 55° C. abgekühlt, mit seinem halben Volumen Rinderblutserum gemischt und weiter wie bei Nährboden I verfahren.

III. wurde wie Nährboden II bereitet, nur dafs aufser dem Rinderblutserum noch 5% Glycerin und 1% Saccharose hinzugesetzt wurden.

Mit dem Nährboden I gelang es, von 19 benutzten Fällen 15 Mal, mit den Nährböden II und III je 12 Mal den Gonococcus im Plattenverfahren aus Eiter zu isolieren.

Das Resultat der Untersuchungen und Versuche ist, dafs es mittelst eines Nährbodens, dessen Bereitung und Verwendung keine gröfseren Schwierigkeiten verursacht als jene des gewöhnlichen Nähragars, gelang, im Plattenverfahren aus gonorrhoischem Sekrete in der grofsen Mehrzahl der untersuchten Fälle einen Mikroorganismus zu isolieren, der morphologisch und biologisch mit dem Gonococcus Neisser identisch ist, sich bei Verwendung der üblichen Nährböden im Plattenverfahren nie entwickelt und in nicht gonorrhoischen Krankheitsprodukten, sowie in normalen Se- und Exkreten nicht vorkommt. Die im Blutserum vorhandenen Eiweifskörper, welche durch Hitze koaguliert werden, haben für das Wachstum des Gonococcus keine wesentliche Bedeutung. (Vergl. dagegen erstes Referat. Ref.) In dem ohne besondere Kautelen der gonorrhoisch erkrankten Urethra entnommenen Sekrete sind die harmlosen Bakterien im Verhältnisse zum Krankheitserreger in verschwindend geringer Anzahl vorhanden.

VII. **Ein Fall von Salicylexanthem,** von E. Beier-Bern. Der 27jährige Arbeiter wurde in der internen Poliklinik wegen rheumatischer Schmerzen am 1. November 1893 in Behandlung genommen, am 17. November wegen eines Hautausschlages der dermatologischen Klinik überwiesen. Der Ausschlag hatte vor zwölf Tagen zuerst auf der Brust mit Jucken und einem roten Fleck begonnen, sich dann aber ziemlich schnell über die ganze Brust, Bauch und Rücken ausgebreitet; nach fünf Tagen zeigten sich auf der Mitte der Brust kleine Blasen.

Gegenwärtig ist die Haut der ganzen Brust, des Abdomens und Rückens, inkl Hals und Nackengegend eingenommen von einem aufserordentlich dichten Exanthem. Die oberen Teile beider Oberarme, die Ellenbogenbeugen und das Gesicht sind nur wenig ergriffen; Unterarme, Hände und die beiden unteren Extremitäten sind voll-

ständig frei. Die einzelnen hellrot gefärbten, ovalen und runden Efflorescenzen haben einen ausgesprochen serpiginösen, sich durch zentrales Abheilen und peripherisches Weiterschreiten kennzeichnenden Charakter. Durch Konfluieren sind auf der Brust und dem Rücken guirlanden- und landkartenähnliche Figuren entstanden, die von innen nach aufsen einen konvexen, leicht erhabenen, stark geröteten Wall darstellenden Bogenlinien begrenzt werden. Die bogenförmigen Wälle sind vielfach mit kleinen, bis stecknadelkopfgrofsen, dicht stehenden, wie Perlschnuren angeordneten Bläschen besetzt, derart, dafs nach aufsen stets noch ein ganz schmaler roter Saum bestehen bleibt. Der Patient klagt über leichte rheumatische Schmerzen in den Unterschenkeln.

Im Verlaufe der Behandlung zeigte es sich deutlich, dafs unter dem Gebrauche von Natrium salicylicum der Ausschlag sich verschlimmerte und dafs er aller Wahrscheinlichkeit nach auch infolge Einnehmens von salicylsaurem Natron entstanden war.

Verfasser bespricht die Litteratur derartiger Fälle und teilt kurz einen analogen Fall von Merkurialexanthem aus Prof. Lessers Klinik mit.

VIII. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie,** von Lederмann und Ratkowski-Berlin. In dem vorliegenden Abschnitte werden aus der Litteratur diejenigen Mittel zusammengestellt, welche zur Untersuchung parasitärer Erkrankungen der Haut (Psorospermosen, pflanzliche Parasiten etc.) dienen. (Fortsetzung folgt.) *C. Berliner-Aachen.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.
1894. Heft 4.

I. **Hygiene und Prophylaxe der uterinen und periuterinen Erkrankungen,** von Pichevin. P. spricht nur von den Krankheiten, von denen die weiblichen Geschlechtsorgane in Anschlufs an Tripper und puerperale Störungen befallen werden. Er schildert die Leiden, denen diese Frauen unterworfen werden, in den düstersten Farben und führt die Entvölkerung Frankreichs zum Teil auf solche Krankheiten und die durch dieselben bedingte Unfruchtbarkeit zurück.

Es wird nun eine sorgfältigere Behandlung der Frauen, die an Tripper, an Abort, an Entzündungen während des Wochenbettes u. s. w. gelitten haben, gefordert. Zu diesem Zwecke wird nach dem Vorgange von le Pileur für jede Bürgermeisterei (Mairie) eine besondere Klinik (Cabinet médical spécial) verlangt, in welcher während des ganzen Tages, von 8—5 Uhr, die Frauen untersucht nnd behandelt werden, bezw. unter Anleitung eines gut geschulten Personals die nötigen Eingriffe, wie Auspülungen, Einspritzungen u. s. w. selber vornehmen. „Auf diese Weise wird man jene Unglücklichen heilen, denen anderweitig ein Leben voller Schmerz droht und die der öffentlichen Wohlthätigkeit zur Last fallen würden."

II. **Die Behandlung der Syphilis der Neugeborenen,** von E. Périer. P. empfiehlt für die Syphilis congenita der Säuglinge ein sehr aktives Vorgehen. Die Kleinen sind vor jeder Erkältung sorgfältigst zu bewahren und nötigenfalls an der Brust einer Eselin oder Ziege grofszuziehen. Liquor van Swieten (Hydrary. bichl. 1,0: Spirit. frum. 1000,0), 10—30 Tropfen täglich. Täglich eine Einreibung mit 1,0 Ungt. cin. Bei Hautausschlägen 2—3 Mal wöchentlich ein Bad mit 0,5 Sublimat. Bei Koryza täglich zweimalige Ausspülung mit einem fünffach verdünnten Liquor van Swieten. Aufserdem für die Schleimhaut-Plaques Kalomel etc. etc. Wer den Mut dazu hat, kann's ja ausprobieren.

Bei Syphilis hereditaria tarda wird Jodkalium — Kalii jod. 5,0: Syr. Gentian. 250,0, täglich zwei Kinder-Theelöffel voll — empfohlen, neben der üblichen Behandlung der einzelnen Symptome.

III. **Die Behandlung der Naevi vasculares mit Elektrolyse und Skarifikationen,** von Bayet. Nachdem die landläufigen Mittel, um die flachen Naevi maculosi — nur von diesen ist in dem kleinen Aufsatze die Rede — zu beseitigen, einer kurzen Kritik unterzogen sind, empfiehlt B. sein Verfahren, bei welchem der Elektrolyse die Hauptaufgabe zufällt, während die linearen Skarifikationen nach Balmanno Squire nur die Nacharbeit verrichten.

An Instrumenten sind eine Batterie von 20 Volta, ein Kollektor, ein Stromwender und ein M.-A.-Messer nötig. Die am positiven Pol befestigte Platinanadel — die andere Elektrode umfafst Patient mit der Hand — wird etwas schräg in den Naevus eingestofsen und 30 Sekunden lang ein Strom von 7—10 M.-A. durchgelassen.

Ist auf diese Weise der ganze Naevus bearbeitet — was bei zwei Sitzungen wöchentlich recht lange dauert —, so folgen die linearen Skarifikationen nach. Verfasser ist mit seinen Erfolgen sehr zufrieden. *Türkheim-Hamburg.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
1894. Heft 4.

I. **Über die Eiterungen im Gefolge tertiärer Syphilis der Nasenhöhlen,** von Hallopeau und Jeanselme. Die Abhandlung bringt die Krankengeschichte eines Mannes, der an tertiärer Nasensyphilis litt und bei dem es zu sekundären Entzündung der Schleimhaut der Nase, der Thränensäcke und der Mittelohren mit nachfolgender dauernder Taubheit gekommen war. Die Eiterung aus der Nase war eine gewaltige, etwa 1 Liter in 24 Stunden, und gleichzeitig sehr hartnäckig. Die Verfasser fanden in dem Eiter den Streptococcus, den Staphylococcus aureus und das Bacterium coli commune. Sie erblicken in diesen Pilzen die gewöhnlichen Bewohner der Nasenhöhle, die auf der syphilitisch veränderten Schleimhaut den günstigsten Nährboden finden und so gewaltige Zerstörungen bewirken können.

II. **Über einen Fall von multiplen harten Schankern, die nacheinander bei dem nämlichen Individuum auftraten,** von Charrier. Der 20jährige Patient, um den es sich handelte, kam mit drei harten Schankern zur Aufnahme ins Krankenhaus. Der erste Schanker hatte sich an den Pubes gebildet. 20 Tage später erschienen die beiden anderen Geschwüre auf dem Rücken des Gliedes; später folgten Roseola und Plaques auf den Mandeln. Verfasser folgert aus diesen und ähnlichen Beobachtungen, dafs mit dem Auftreten des Primärgeschwüres die Syphilisation des Körpers noch nicht vollendet sei, und redet — trotz zahlreicher Mifserfolge — der frühzeitigen Ausschneidung des Schankers das Wort. *Türkheim-Hamburg.*

Besprechungen.

Mikroskopische Technik zum Gebrauch bei medizinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen von Carl Friedländer. 5. Auflage, bearbeitet von C. J. Eberth. Berlin 1894, Fischers medizinische Buchhandlung. Ein Vergleich dieser 5. Auflage des Friedländerschen Kompendiums mit dem ursprünglichen Werke führt uns die enormen Veränderungen und Verbesserungen vor's Auge, welche die mikroskopische Technik in den letzten zwei Jahrzehnten erfahren hat. Es ist dem Verfasser in der That gelungen, dieselben dem alten Rahmen in einer Weise anzupassen und einzuverleiben, dafs ein ebenso sehr auf der Höhe der Wissenschaft stehendes wie praktisch brauchbares Werk ent-

standen ist. Wir wüfsten in der That keine Anleitung zum Mikroskopieren auf pathologisch-anatomischen Gebiete zu nennen, welche sich hinsichtlich der Reichhaltigkeit des Stoffes und der belebenden Art der Darstellung heute mit dem Ebrth-schen Werke messen könnte. Die übrigen Kompendien dieser Art suchen die übergrofse Menge des Stoffes, welche sich täglich mehrt, dadurch in die Form eines kurzen Lehrbuches zu bringen, dafs sie entweder nur die Formeln der Färbetechnik und die Hauptregeln der Präparation der Gewebe mitteilen, oder eine subjektive Auswahl unter den empfohlenen Methoden geben. In ersterem Falle sinkt das Lehrbuch zu einer Rezeptsammlung herab und hat nur Wert als ein Nachschlagebuch in der Hand eines Studierenden, der seinen eigentlichen Unterricht anderswoher empfängt. In letzterem Falle hat das Lehrbuch, je nach der Bedeutung des Verfassers, ein mehr oder minder grofses wissenschaftliches Interesse, aber von einer universellen Brauchbarkeit desselben kann keine Rede sein. Das Ebrthsche Buch bewegt sich mit glücklichem Takt zwischen diesen beiden Extremen mitten hindurch. Sowohl der Student wie der praktische Arzt kann an der Hand desselben sich in fast alle Gebiete der Mikropathologie einarbeiten, da er nicht nur sehr genaue und detaillierte Vorschriften erhält, sondern auch fast überall mit kurzen Worten über den Sinn und das Wesentliche in der Methodik aufgeklärt wird. Stets macht sich aber auch neben dem erfahrenen Lehrer der belesene Mann der Wissenschaft geltend, welcher das Resultat eigener Erfahrung voranstellt, ohne die fremden Resultate zu vernachlässigen. Deshalb kann Eberths Mikroskopische Technik auch dem schon geübten Histologen als eine ebenso fleifsige wie kritische Sammlung der neuesten Fortschritte auf diesem Gebiete empfohlen werden. In diesem Sinne ist es auch mit Freude zu begrüfsen, dafs die Litteratur des Gegenstandes, wenn auch natürlich nur in knapper Auswahl, durch Anführung der Titel der wichtigsten Arbeiten Berücksichtigung gefunden hat. Durch Einschiebung eines Kapitels über Mikrophotographie (von Dr. Braunschweig) und einer Uebersicht der Reproduktionsverfahren für mikroskopische Bilder ist ebensosehr den Interessen des Geübteren, wie durch Aufnahme von Abbildungen von Instrumenten und Organismen, denen des Anfängers Genüge geschehen. Möge von diesem eminent praktischen Kompendium bald eine neue Auflage nötig werden, damit es auch fortdauernd den Fortschritten der Wissenschaft, wie bisher, zu folgen vermag. *Unna-Hamburg.*

Die Syphilis der Unschuldigen, von L. Duncan Bulkley. (New York. 1893. 398. S.) Eine sehr fleifsige und umsichtige Arbeit, die den Alvarengapreis redlich verdient. Die beigegebene Bibliographie, die Verfasser zum gröfsten Teile durchgearbeitet hat, umfafst allein 160 Seiten. Bulkley hat sich zur Aufgabe gestellt, die Häufigkeit und die Art und Weise der Verbreitung der Syphilis auf anderem als geschlechtlichem Wege zu untersuchen, also diejenigen Fälle aus der internationalen medizinischen Litteratur zu sammeln, in denen die Ansteckung auf extragenitalem Wege zu stande gekommen ist, ausgeschlossen ist also die Syphilis ex coitu und die Syphilis „ingenita", wie Verfasser sich ausdrückt.

Zu diesem Zwecke hat B. über 1000 Schriften, die vom extragenitalen Schanker handeln, durchgearbeitet. Er selber liefert 116 eigene einschlägige Beobachtungen. In seinem Buche findet sich eine Tabelle von 9058 Fällen von extragenitaler Syphilis, die nach den verschiedenen Ländern und nach dem verschiedenen Sitze des Initialgeschwürs zusammengestellt sind (S. 30). Danach ist die Syphilis 1863 Mal durch Impfung übertragen — davon 887 Mal in den Vereinigten Staaten gegen 54 Mal in Deutschland, Holland und Schweiz zusammen. Als häufigster Sitz des Schankers erwiesen sich in zweiter Linie die Lippen (1810 Fälle), als seltenster die Ohren (27 Fälle). Von jenen extragenitalen Schankern wurden 2635 in Belgien, Frankreich

und den Kolonien, 1297 in den Vereinigten Staaten, 774 in Deutschland, Holland und der Schweiz beobachtet u. s. w. Aus einer anderen Tabelle (S. 25) erfahren wir, dafs auf 6770 Schanker 353 extragenitale Geschwüre kommen. Ferner enthält das Buch (S. 16) eine Aufzählung von über 100 Wegen der Ansteckung, die in drei Gruppen als Syphilis economica, Syphilis brephotrophica und Syphilis technica die in den folgenden sieben Kapiteln mit seltener Gründlichkeit abgehandelt werden. So zerfällt das der Syphilis technica gewidmete neunte Kapitel (S. 172) in drei Unterabteilungen, je nachdem der Arzt bei der Operation die Syphilis selber erwirbt (the victim) oder überträgt (the syphilifer) oder nur vermittelt (the medium). Das Schlufskapitel ist der Prophylaxe der Syphilis gewidmet (S. 196). Verfasser schlägt vor, die wissentliche Übertragung der Syphilis unter Strafe zu stellen und nicht die Dirnen, sondern die sie besuchenden Männer zu untersuchen.

Nur noch eine Schlufsbemerkung. Verfasser spricht von Syphilis insontium im Gegensatze zu Syphilis pravorum, womit alle diejenigen gemeint sind, die sich aufserehelichen Freuden hingeben. Dieser Auffassung, als wäre der Coitus an und für sich ein Verbrechen, eine Sünde, als wäre er nur erlaubt, wenn Staat und Kirche ihren Segen dazu geben, mufs nachdrücklich widersprochen werden. Die Befriedigung eines so mächtigen Naturtriebes ist eine dringende Notwendigkeit und sollte von Staat und Kirche gefördert werden, wo immer das ohne Schädigung fremder Rechte möglich ist. Diesen Trieb aber und seine normale Befriedigung aufserhalb der Ehe als eine Sünde, als etwas Schlechtes hinzustellen, das ist nichts als nackte Heuchelei.

Türkheim-Hamburg.

Blennorrhoe, Syphilis und Hautkrankheiten, berichtet von Rudolf Winternitz aus dem *Jahresbericht des poliklinischen Institutes der k. k. deutschen Universität zu Prag für das Jahr 1892*. Von 1015 behandelten Fällen waren 656 Hautkranke, 359 Geschlechtskranke; dazu kamen 73 anderweitig Erkrankte. Von der Wiedergabe der genaueren Statistik mufs ich wohl hier absehen und gebe nur einiges von den Detailangaben wieder:

Ein Fall isolierter Funiculitis (Deferentitis) bei Gonorrhoea anterior und posterior, in der vierten Woche entstanden, führte zur Bildung einer deutlich abgrenzbaren Schwellung am oberen Pol des Hodens; die Entzündung ging zurück, doch blieb das Vas deferens während der langen Beobachtungszeit als dicker Strang fühlbar.

Paraurethritis wurde in drei Fällen beobachtet; es bestanden parallel der Urethra verlaufende Blindgänge.

Arthritis gonorrhoica betraf einmal Mutter und Kind (Tochter). Es waren mehrere Gelenke erkrankt, die nach 1—1½ Monaten zur Norm zurückkehrten. Nur das linke Sprunggelenk des Kindes schwoll sehr an, rötete sich; das Gelenk wurde eröffnet, es fand sich sehr wenig getrübte Gelenkflüssigkeit, aber eine abnorme schwammige Beschaffenheit der Synovialis. Die Genesung machte dann schnelle Fortschritte. Ein dritter Fall zeigte Kombination von Arthritis im Kniegelenk mit purpuraähnlichem Exanthem, das unter starkem Fieber an Stamm und Extremitäten ausbrach und vier Tage anhielt.

Papillome der Urethra wurden zweimal bei chronischer Gonorrhoe beobachtet; Abtragung mit der Schere, Ätzung mit Eisenchlorid.

Bei der Therapie der Blennorrhoe fanden Ichthyol (1—3%) und Alumnol (¼—2%) Anwendung; ersteres reizt mehr als 2% oft sehr stark. Bei Urethritis posterior bewährten sich Oleum santalicum und Enthaltung jeden Getränkes (auch Wasser).

Ulcus durum safs in einem Falle in der Urethra, zweimal an der Oberlippe.

Wiederholtes Auftreten makulöser Exantheme durch drei aufeinander folgende Jahre bei derselben Person wurde einmal beobachtet; dieselben schwanden stets nach Injektionen mit Hydrargyrum salicylicum.

Paralysis m. abducentis bekam eine Verkäuferin ein Jahr nach der Infektion; Heilung nach lange fortgesetzter Schmierkur.

Ulceröses Syphilid, hämorrhagisches Pigmentsyphilid, Herzaffektion, letztere sich äufsernd in einem scharfen, blasenden Geräusch und gesteigerter Pulsfrequenz, kamen bei dem Patienten zur Beobachtung, der jede Infektion leugnete und gesunde Kinder hatte. Die Inunktionskur brachte alles zur Heilung unter Zurücklassung grofser Narben.

Hodengummata zeigten zwei Patienten sechs, resp. zwei Jahre nach der Infektion.

Gummöse Lues, cerebrale und spinale Alterationen zeigte ein Kranker, der vor 20 Jahren inficiert war. Die nervösen Störungen konnten zum grofsen Teil auf eine Affektion der linken Grofshirnhemisphäre zurückgeführt werden, so die Lähmung der rechten Körperhälfte, die Lähmung des Velums und der Zunge, psychische Anomalien. Andere Erscheinungen, Funktionsstörung der linken Hand, Sensibilitätsverminderung am linken Fufs, lancinierende Schmerzen in den unteren Extremitäten, Steigerung des linksseitigen Patellarreflexes, Sphinkterreizung deuten auf Erkrankungsherde im Rückenmark. Schmierkur brachte Besserung, jedoch war die Beobachtung nur eine kurze.

Von den Aknefällen sind zwei Fälle keloidiformer Akne am Nacken und Hinterkopf hervorzuheben; Heilung, resp. Besserung nach Naphtolschwefelseife und 20%igem Salicylpflastermull.

Die Ekzeme betrafen bei Kindern vorwiegend den Kopf, bei Erwachsenen die Extremitäten.

Von Vaccinationsexanthemen wurden beobachtet:

1. Vermehrung der Vaccinepusteln in zwei Fällen.

2. Anscheinend generalisierte Vaccine am ganzen Körper mit anschliefsendem, lange dauerndem Exanthem bei einem Kinde. Das Exanthem scheint der Vaccine-Prurigo von Crocker und Fox zu entsprechen, welches Hutchinson der Urticaria des Kindesalters zuzählt.

3. Sechzehn Fälle von vorwiegend papulösen oder leicht vesiculösen Exanthemen, 3—14 Tage nach der Vaccination auftretend. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Weiterer Beitrag zur Klinik und Anatomie der Neuritis leprosa, von Arning und Nonne. (*Virch. Arch.* Bd. 134.) Die Verfasser beobachteten einen typischen Fall von Lepra tubero-maculosa (der junge Mann war auf Sumatra geboren). Was die Sensibilitätsstörungen betraf, so waren einige weifse Narben eines leprösen Pemphigus vollkommen analgetisch, auch der Temperatursinn war aufgehoben; im Bereiche der Lepride an Rumpf und Extremitäten war die Sensibilität herabgesetzt;

Cornea und Conjunctiva zeigten keine Anästhesie. Unterarme und Unterschenkel waren vollkommen analgetisch.

Der Nervus ulnaris war am Ellenbogen deutlich spindelförmig aufgetrieben; trotzdem hatte die Nervenfunktion der Hände und Finger nur in geringem Grade gelitten, so daſs eine auffallende Inkongruenz zwischen Nervenläsion und dem Verhalten der von dem Nerven versorgten Partien besteht. Verfasser exstirpierten nun vom spindelförmig aufgetriebenen Nerven und von den Muskelpartien am Hypothenar Stückchen zur mikroskopischen Untersuchung. In den Muskelstückchen lieſs sich weder an dem Parenchym, noch an den Gefäſsen, noch an den Nervenzweigchen irgend etwas Pathologisches nachweisen, es fanden sich nur einzelne einfach atrophische Fasern. Auch Leprabacillen wurden vergebens gesucht. In den Nervenstückchen fand sich dagegen allerlei Bemerkenswertes: in einer Reihe von Nervenbündeln waren alle Fasern intakt, in einigen nur wenige degeneriert, meist aber überwog die Zahl der degenerierten Fasern diejenige der normalen. An Stelle der Nervenfasern war entweder ein amorphes Gewebe getreten, oder ein netzartiges Maschenwerk, in dem noch teilweise zerstörte Nervenfasern hingen. Färbung auf Bacillen nach Unna (Karbolfuchsin-Methylenblau) ergab Bacillen allenthalben zerstreut, auch zwischen den normalen Markfasern; ebenso fanden sich mitten in quergeschnittenen degenerierten Nervenfasern einzelne Bacillen. Das Ergebnis dieser Untersuchungen ist folgendes: Bei Neuritis und Perineuritis leprosa leisten die unterhalb dieser typischen Stellen gelegenen Verzweigungen der Nerven viel länger Widerstand, als bei anderen zu anatomischen Degenerationen führenden Schädlichkeiten; Leprabacillen finden sich schon da, wo Degeneration noch fehlt. Wo die sekundäre absteigende Degeneration auftritt, befällt sie nicht den Gesamtquerschnitt, sondern verschont einzelne Bündelchen. Dementsprechend ist das Verhalten der betreffenden Muskeln entweder ein ganz normales, oder die Atrophie der Muskelfasern ist auf einzelne Bündelchen beschränkt.

F. Hahn-Bremen.

Über die Erkrankung des Gefäſssystems bei Lepra, von B. Joelsohn. (Inaug.-Dissert. Dorpat. 1893.) Während das ganze Gefäſssystem bei Lepra keine typischen Veränderungen zeigt, giebt es eine spezifisch lepröse Gefäſserkrankung in den Gebieten, in denen lepröse Affektionen bestehen. Konstant ist in leprösen Cutis eine subkutane Periphlebitis; sekundär erkrankt die Media mit lepröser Infiltration, Atrophie und körnigem Zerfall der Muskelelemente. Regelmäſsig begleitet die Periphlebitis eine nicht spezifische Wucherung der Intima, zu der sich eine lepröse Veränderung, fortgepflanzt an der Adventitia, gesellt. Thrombose der Venen ist selten ebenso Periarteritis leprosa. Endoarteritis leprosa kann in ähnlicher Weise auftreten, wie die Periphlebitis. Bacillen im Endothel der Gefäſse sind häufig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Applikation von Zugpflastern als diagnostisches Hülfsmittel bei Lepra, von Prof. Kalindero. (*La Roumanie méd.* 1893. No. 1.) Verfasser empfiehlt als vorzügliches Mittel zur Feststellung der Differentialdiagnose zwischen Syringomyelie und Lepra die Applikation von Vesikatoren an irgend einer passenden Körperstelle. Der Wert dieses Hülfsmittels war von Prof. Pitres-Bordeaux angezweifelt worden. K. hält jedoch auf Grund zahlreicher Untersuchungen seine Behauptung aufrecht. Das Zugpflaster bleibt 5—8 Stunden liegen und wird dann, nachdem jeweilen das Serum der Blasen abgelassen worden, durch einen feuchten Borsäureverband ersetzt. Nach viermaligem Wechsel, d. h. am vierten Tage, beginnt die Sekretion von Eiter, der auch immer die Hansenschen Bacillen enthält, wenn es sich um Lepra handelt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

b) *Tuberkulose.*

Moreau (*Sem. méd.* 1893. No. 67) hat angeblich in einer Reihe von Fällen von **Lupus** und gewissen anderen tuberkulösen Hautleiden, besonders tuberkulösen Drüsen, Heilung erzielt durch subkutane Injektionen von Guajakol und Thymol (℞ Thymol 2,0, Guajacoli, Olei olivarum ää 50,0 D. S. zur subkutanen Injektion), zweimal wöchentlich wird injiziert. Man beginnt mit 1 g Lösung, steigt allmählich bis zu 3 ccm, diese Menge wird nach sechsmaliger Anwendung erreicht. Es treten allgemeine Symptome und lokale Reaktionserscheinungen auf, zunächst erstere. Beim Eindringen unter die Haut erzeugt das Mittel einen brennenden Schmerz und sich weit verbreitendes Wärmegefühl; leichte, nach einer Stunde verschwindende Röte tritt im Bereiche der Stichwunde auf. Die Temperatur steigt um einige Zehntel, der Puls wird lebhafter. In einem Drittel aller Fälle spürten die Kranken 15—20 Sekunden nach dem Einstich einen üblen Geschmack im Munde, sowie etwas Salivation. Ferner beobachtete man Kopfschmerzen, sowie einen sehr lebhaften Schmerz an der Schulter, welcher sich fast stets bis in die Arme hinein erstreckte und eine Minute lang Parese der Extremitäten zur Folge hatte. Handelte es sich um Lungenläsionen, so trat bald nach der Einspritzung eine lebhafte Kongestion des Lungengewebes auf. Diese Kongestion tritt zuweilen auch auf, wenn keinerlei Lungenaffektion beobachtet wird. In anderen gesunden Organen konstatiert man keine Reaktionserscheinungen. An den Tagen der Injektion sind die Patienten etwas geschwächt und zeigen eine gewisse Schläfrigkeit. Die lokale Reaktion ist sehr deutlich. Sie äufsert sich durch eine Zunahme der Exsudation, die nach der sechsten resp. siebenten Injektion einer ausgesprochenen Vernarbungstendenz Platz macht. Die Lupusknötchen werden blasser und kleiner, die ulcerierten Drüsen zeigen Neigung zu schneller Vernarbung. Die Behandlung erfordert jedoch etwas Vorsicht. So soll man zunächst die Nadel einstechen und die Spritze erst dann aufsetzen, wenn man sich überzeugt hat, dafs aus dem Lumen der Nadel kein Blut fliefst, damit man Fettembolien vermeide. Auch sind die Lungen sorgfältig zu überwachen, da ja die Kongestionen unter Umständen sehr heftig werden. Auch bei Herzleidenden ist Vorsicht geboten, event. Aussetzen der Behandlung nötig. Schliefslich hat Verfasser die Kranken auch einer örtlichen Behandlung unterworfen, die darin bestand, die Lupusknötchen mit feinsten Thermokauterspitzen zu brennen. Der Erfolg war der bereits von Besnier beschriebene.

Neuhaus-München.

Bepinselungen der Haut mit Guajakol bei Tuberkulose hat Sciolla empfohlen. Da die günstigen Resultate von anderer Seite nicht bestätigt wurden, unternahm Courmont eine Reihe von Versuchen, die ergaben, dafs bei ausgebildeter Kavernenbildung allerdings die Einpinselungen (0,5—1,0 jedesmal) geradezu schädlich sind, die Ergebnisse aber, wo es noch nicht zur Höhlenbildung gekommen ist, oder die Kavernen dicht eingekapselt sind, durchaus als günstig bezeichnet werden können. Bemerkenswert ist der Einfluſs auf die Temperatur: Kurze Zeit nach Einpinselung von 0,5—1,0 flüssigen Guajacols beginnt das Fieber zu sinken, ohne am folgenden Tage wieder dieselbe Höhe zu erreichen. Werden die Pinselungen 3—6 Tage fortgesetzt, dann kann das Fieber vollkommen schwinden, Appetit, Schlaf stellen sich wieder ein, das Körpergewicht nimmt zu. Der Abfall der Temperatur erfolgt am ersten Tage unter lebhafter Kälteempfindung und zumeist unter allgemeinem Unwohlsein, das aber am folgenden Tage einem Wohlbefinden Platz macht. (*Province méd.* 9. Dezember 1893.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

c) *Syphilis.*

Eine neue Behandlungsmethode bei verspäteten syphilitischen Erkrankungen, teilt Prof. Peroni der Turiner med. Akademie (19. Februar 1892) mit

Viele durch Jod und Hg nicht beeinflufste Fälle wurden durch lokale Behandlung mit Ichthyol geheilt. In anderen wiederum wirkt Kalomel sehr günstig, welches er in Traumaticin (5:20) aufträgt. In 14 Fällen hat Verfasser diese Behandlung erprobt, nachdem oft alle Quecksilberinunktionen, Sublimatinjektionen etc. unwirksam geblieben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Übertragung der Syphilis, von ACCARAIN. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 673.) Die Übertragung fand durch ein Rasiermesser statt. An die Mitteilung knüpft A. einige prophylaktische Vorschläge, die aber des Guten wohl etwas zu viel enthalten. *Türkheim-Hamburg.*

Zufällige syphilitische Infektion infolge eines Schlages auf die Nase, von C. W. HEALEY-Lucknow. (*The Brit. med. Journ.* 30. Dezember 1893.) Der Patient geriet in einer Nacht mit einem Kameraden in Streit. Der letztere schlug ihn mit der geballten Faust auf die Nase, wobei ein Stück Haut vom Nasenrücken abgerissen wurde. Die Wunde heilte in zehn Tagen zu und hinterliefs eine Narbe. Nach Verlauf von 6—7 Wochen begann die Narbe zu schwellen und schliefslich zu ulcerieren. Das Ulcus vergröfserte sich nach und nach und wurde allmählich hart. Die Submaxillar- und Occipitaldrüsen waren geschwollen. Der Patient sah anämisch und kachektisch aus. Nach weiteren vier Wochen zeigte er einen spezifischen papulösen Ausschlag am Körper. Die eingeleitete merkurielle Kur brachte rasch Besserung.

Es wurde nachträglich festgestellt, dafs der betreffende Kamerad erst kurze Zeit vorher an sekundärer Syphilis im Hospital behandelt worden war.

C. Berliner-Aachen.

Eine experimentelle Syphilisimpfung beim Menschen, von PRENGRUEBER. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 565.) PRENGRUEBER erzählt, es sei ein Mann, ein angeblicher Arzt, zu ihm gekommen mit der Behauptung, er sei im Besitz eines Mittels, das sicheren Schutz gegen die Syphilis gewähre. Im Vertrauen auf dieses Mittel hätte sich ein junger Mediziner, der mit ihm erschienen war, Syphilisgift auf seinen Arm impfen lassen. Nach der Natur dieses Mittels befragt, habe der Fremde erklärt, das sei sein Geheimnis. Darauf habe ihn P. sehr kurz hinauskomplimentiert. Bei dem jungen Menschen entwickelte sich nach kurzer Zeit ein ausgesprochener harter Schanker.

P. knüpft an diesen Vorgang einige moralische und geheimnisvolle Bemerkungen und drückt zum Schlufs seine Genugthuung darüber aus, dafs der Missethäter kein Franzose sei! Das mag patriotisch sein — aber geschmackvoll ist es nicht.

Türkheim-Hamburg.

SERVIN teilt zwei Fälle von **doppelter syphilitischer Infektion** mit. Die eine Patientin trug gleichzeitig an der Unterlippe und an der Brustwarze einen harten Schanker mit Beteiligung der submaxillaren und axillaren Lymphdrüsen; Genitalien frei. Eine zweite inficierte sich gleichzeitig an Unterlippe und Zahnfleisch. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 6.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

MILLIGAN-Manchester berichtet über einen Fall von **syphilitischer Reinfektion** bei einem 32jährigen Manne. Nachdem derselbe vor zehn Jahren wegen eines Schankers am Finger behandelt worden, auf welchen sekundäre Symptome gefolgt waren, inficierte er sich nochmals, und Verfasser konstatierte am Nasenflügel ein schankerähnliches Geschwür, das nach drei Wochen vernarbte. Sieben Wochen nachher trat eine Roseola auf. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 6.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Harter Schanker auf der Tonsilla lingualis, von SCHIFFERS. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 628.) Der Inhalt deckt sich mit der Überschrift.

Türkheim-Hamburg.

VIGNES berichtet über je einen Fall von **hartem Schanker des Augenlides und der Conjunctiva.** Der erstere betraf eine 55jährige Wärterin, die sich an einem syphilitischen Pflegling inficierte, der letztere einen 30jährigen Burschen. (*Progrès méd.* 1894. No. 8.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Schanker der Hand und der Finger, von A. FOURNIER. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 678.) Der Schanker kommt an der Hand nur selten vor. Unter 10 000 Schankern saſsen nur 49 an den Händen oder Fingern; indessen mag die Zahl eine etwas gröſsere sein, da das Geschwür hier häufig verkannt wird. Unter diesen 49 Fällen befanden sich 30 Ärzte. Am häufigsten sitzt der Schanker an der rechten Hand, dicht am Nagel. Klinisch kommen einzelne Abweichungen von dem Schanker mit Sitz auf dem Penis vor; am auffallendsten hierunter ist der Schmerz, den das Geschwür namentlich dann verursacht, wenn es am Grunde des Nagels sitzt. Der Fingerschanker giebt deshalb eine so ungünstige Prognose, weil er meistens zu spät erkannt wird und weil er so oft gerade Ärzte trifft, die sich gewöhnlich nur mangelhaft behandeln und sich wenig Schonung gönnen. *Türkheim-Hamburg.*

BOSSART berichtet (*Midi méd.* Juli 1893) über zwei Fälle von **Lmphdrüseneiterungen in den Leisten nach Ulcus induratum.**

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von schwerer Syphilis mit Fieber, hysterischen Symptomen und Rippenfraktur, von L. RAYNAUD-Algier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 519.) Der 40jährige Patient war ausgesprochener Potator und erkrankte unter heftigem Fieber und skarlatinösem Ausschlag. Ein primärer Schanker war nirgends aufzufinden. Einer eingreifenden Behandlung wuſste er sich immer sehr schnell zu entziehen. Mehrfach war im Verlauf der Syphilis Lungenentzündung aufgetreten. Bei einer Bewegung im Bett — die Syphilis bestand bereits vier Jahre — erfolgte plötzlich ein Bruch der neunten und zehnten Rippe rechts. Nennenswerte Schmerzen waren nicht voraufgegangen. Ebensowenig hatte an der Bruchstelle eine Geschwulst bestanden.

Türkheim-Hamburg.

Über einen Fall von Syphilis, von HIGGUET. (*La Policlin.* 1894. No. 2.) Bei einem 49jährigen, sonst gesunden Manne stellten sich Heiserkeit und Schlingbeschwerden ein. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein eines nuſsgroſsen Tumors in der Regio arytaenoidea mit Rötung der Schleimhaut und Bewegungsstörung des einen Stimmbandes; ferner waren am atrophischen Gaumensegel mehrere Narben sichtbar. Der ganz glaubwürdige Patient leugnet mit Entschiedenheit jede syphilitische Infektion, giebt aber an, daſs die ersten sechs seiner Geschwister sehr frühzeitig starben. Gestützt auf diesen Umstand und das Untersuchungsergebnis, diagnosticierte H. hereditäre Lues. Die entsprechende Jodbehandlung führte auch zur raschen Heilung. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über latente und occulte Syphilis, von COLOMBINI. (*Rif. med.* 1893. Bd. IV. No. 67 ff.) Verfasser teilt 20 Krankengeschichten von Syphilitikern mit, bei denen eine gröſsere Anzahl Jahre (bis 12) von der Infektion bis zum Auftreten von Allgemeinerscheinungen verstrichen. Bei einigen derselben kamen letztere überhaupt seitens des Patienten nicht zur Beobachtung oder traten in so milder und ungewohnter Form auf, daſs ihre Natur verkannt blieb. Dies geschieht auch um so leichter, wenn sich die Lues auf Organe lokalisiert, welche, wie die Lungen etc., der Sitz anderer be-

kannterer Affektionen zu sein pflegen; oder wenn bereits die Natur des Initialaffektes fälschlich interpretiert wurde (extragenitale Infektion, ungewohnter Sitz, Kleinheit der Sklerose).

Welche Bedeutung diese Umstände für eine eventuelle Ausbreitung der Affektion per contagionem haben, liegt auf der Hand. Von höchster Wichtigkeit ist demnach eine möglichst frühzeitige Erkennung derselben durch den Arzt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

In situ recidivierende Syphilis, von DELANSORNE. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 627.) Verfasser bespricht die schon von FOURNIER gewürdigte Thatsache, daſs manche Syphilis mit Vorliebe an den einmal befallenen Stellen immer wieder recidiviert und dann bald anscheinend als primäres Geschwür oder unter der Form einer sekundären oder tertiären Erkrankung wieder auftritt. Diese Rückfälle erfolgen bald Schlag auf Schlag, bald nach langen Zwischenpausen anscheinender Gesundheit. An den den Recidiven ausgesetzten Stellen findet man stets embryonale Zellen, die unter verschiedenen Einflüssen zu proliferieren beginnen. Die Behandlung wird eine allgemeine und, je nachdem, auch eine örtliche sein müssen. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Blutveränderungen bei Syphilis und ihre Bedeutung in Bezug auf Diagnose und Therapie, von J. JUSTUS. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 6.) Auf Grund von Untersuchungen an 100 Syphilitikern kommt Verfasser zu folgenden Resultaten: Wird die Krankheit sich selbst überlassen, so nimmt der Hämoglobingehalt des Blutes im Verhältnis zur Entwickelung der spezifischen Erscheinungen ab, um nach deren Schwund wieder zuzunehmen. Beim Auftreten sekundärer Syphilide ist jene Abnahme eine sehr beträchtliche und beginnt bereits in den ersten Tagen ihres Erscheinens.

Wird der Kranke mit intramuskulären Quecksilberinjektionen behandelt, so tritt bereits nach der ersten Injektion eine Abnahme des Hämoglobins ein, dessen Gehalt in den folgenden Tagen wieder zunimmt. Dasselbe tritt ein nach einer zweiten, dritten und selbst vierten Injektion. Dann kommt ein Zeitpunkt, wo dies nicht mehr stattfindet, und die nachfolgenden Injektionen verursachen im Gegenteil eine Zunahme der Hämoglobinquantität.

Bei der Schmierkur nimmt das Hämoglobin nach der ersten Einreibung ab, in den darauffolgenden Tagen aber wieder zu und so progressiv weiter bis zur Heilung.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über diphteroide Syphilide, von HUDELO und BOURGES. (*Progrès méd.* 1894. No. 5.) H. und B. haben in vier Fällen von Syphiliden mit Bildung von Pseudomembranen aus den letzteren isoliert: das Bacterium coli commune, den Staphylococcus aureus und den Streptococcus pyogenes, letzteren kombiniert mit dem Staphylococcus aureus und albus. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Syphilis erythematosa circinata, von ETIENNE. (*Journ. des mal cut. et syph.* 1893. S. 681.) Während diese Form für gewöhnlich als eine Roseola tardiva beschrieben wird, die sich bei Leuten einstellt, welche bereits eine Quecksilberbehandlung hinter sich haben, erschien das circinöse Syphilid im vorliegenden Falle bei einer Patientin, deren Roseola eben gewichen war; gleichzeitig stellten sich erosive Schleimhautsyphilide und ein vorzeitiger Haarausfall ein. *Türkheim-Hamburg.*

PETRINI-Galatz giebt die ausführliche Krankengeschichte und den detallierten histologischen Befund eines Falles von **erythematös-tuberkulös-crustösem Syphilid des Gesichts, kompliciert mit angiolithischem Sarkom** (Psammom) **des Gehirns.** (*La Roumanie méd.* 1893. No. 6 u. 7.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Fournier giebt folgendes Schema zur **Differentialdiagnose zwischen syphiloïdem Lupus und lupusähnlichem Syphilid:**

	Lupus.	Syphilis.
Zeit des Beginns.	Meist vor der Pubertät.	Nach der Pubertät.
Verlauf.	Langsam.	Rasch.
Erfolg der Probetherapie.	Spezifische Behandlung erfolglos.	Rasche Heilung durch Hg und Jod.
	Trockene Form.	
Konsistenz.	Weiche Tubercula.	Konsistenz fester.
Färbung.	Gelblich, gerstenzuckerähnlich.	Dunkler, violett.
Gruppierung.	Meist regellos.	Zirkel- u. halbzirkelförmig
Konfiguration.	Meist unregelmäfsig konturiert.	Sehr regelmäfsig konturiert
Lokalisation und Anzahl.	Läsion meist vereinzelt und auf gewisse Regionen beschränt.	Gewöhnlich multiple und disseminierte Efflorescenzen.
	Feuchte Formen.	
Ränder.	Unterminiert.	Steil abfallend.
Borken.	Feucht, graulich.	Fester und trockener.
Aussehen.	Relativ oberflächliche Ulcerationen.	Ulcerationen von geschlängeltem, ausgehöhltem Aussehen.
Grund.	Bleich-rosarot, atonisch.	Granulierend, maulbeerförmig.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

In der Gesellschaft für medizinische Wissenschaften in Bukarest demonstrierte Petrini-Galatz folgende Fälle:

1. Einen 27jährigen Patienten mit einem über den ganzen Körper verbreiteten konfluierenden **kleinpapulösen Syphilid,** nebst **lupösen Infiltraten** auf Gesicht, Glutäalgegend und Oberschenkel.

2. Einen 35jährigen Patienten mit **gummösem, ulceriertem Syphilid der Unterlippe und Pseudogummata syphilitica der Haut.** Als solche bezeichnet P. verschieden grofse, über Rumpf und Extremitäten verbreitete, rötlich-violette Plaques, die keine eigentlichen Tumoren darstellen. Der Primäraffekt war diesen Efflorescenzen um vier Jahre vorangegangen, so dafs kein Zweifel über die Natur der Unterlippenaffektion walten konnte. (*Roumanie méd.* 1893. No. 1.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Progressive Muskelatrophie bei Syphilitikern, von Raymond. (*La méd. mod.* 1893. No. 10.) Es handelt sich hier um zwei Fälle von progressiver Muskelatrophie, in welchen Syphilis als Ursache festgestellt wurde. Der erste Fall betraf einen 41jährigen Schreiber, welcher von beiden Eltern aus neuropathisch belastet war. 1870 Pocken, 1874 alkoholische Excesse, Syphilis, 1885 flüchtige Schmerzen in der rechten Schulter, Schreibkrampf rechts, 1889 zwei Monate Diplopie, dann lancinierende Schmerzen in Nacken, Schulter und Arm rechts, endlich progressive Dyspnoe. Im September beginnt die Atrophie rechts in den Fingern und befällt nach der Reihe Vorderarm, Schulter, Nacken. Februar 1890 Stimmbandlähmung; die Atrophie geht auch auf die linke Seite und auf Hals und Brust über; Dysphagie; Trophoneurose in der rechten Hand. In den Muskeln fibrilläre Zuckungen, Ea—R. vorhanden an den Unter-

extremitäten: Sensibilität normal, Sphinkteren stets frei. Bronchopneumonie, Tod April 1891. Die Sektion ergiebt eine Meningo-Myelitis vascularis diffusa, vorzüglich im oberen Halsmark. Der zweite Fall bezieht sich ebenfalls auf einen Schreiber, der, 40 Jahre alt, mütterlicherseits neuropathisch belastet ist. 1883 Syphilis, 1891 Parese der Finger der linken Hand, zuerst des Kleinfingers; Atrophie der Nackenmuskeln mit Schmerzen, Atrophie der rechten Hand; 1892 Atrophie der Schultern. Leichte Besserung. Unterextremitäten Sensibilität normal. Herstellung. *Neuhaus-München.*

Syphilis und Tuberkulose der Lungen, von POTAIN-Paris. (*Gaz. des Hôpitaux.* 1893. *Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 4.) Verfasser berichtet über einen Fall von Kombination der Syphilis und Tuberkulose der Lunge. Wo beide sich nebeneinander finden, ist die Syphilis gewöhnlich das primäre Leiden, das den Tuberkelbacillen die Wege ebnet. Häufig finden sich Tuberkelknötchen um Gummata oder sklerosierte Teile. Die ersten Störungen des 29jährigen Patienten, der tuberkulös belastet erscheint und sich September 1892 luetisch infizierte, bestanden in bronchitischen Erscheinungen, Fieber, Abmagerung. Man findet in der Fossa supra- und infraspinata dextra absolute, scharf begrenzte Dämpfung, Rasselgeräusche, zahlreiche Tuberkelbacillen. Leber und Milz sind bedeutend vergrößert. Der Verfasser hält die anfängliche Bronchitis für eine luetische und glaubt, daſs jetzt beide Leiden nebeneinander bestehen. Die einzuleitende Therapie soll das beweisen. (Die Ansicht des Verfassers würde mehr gestützt sein, wenn derselbe gezeigt hätte, daſs im Beginn der Bronchitis sorgsame Untersuchungen auf Tuberkelbacillen ohne Erfolg gemacht sind, während dieselben später gefunden wurden. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über syphilitische Pleuritiden, von ROCHON. (Dissert. Paris.) Verfasser konstatiert, daſs die syphilitische Pleuritis ein bei weitem nicht so seltenes Vorkommnis ist, wie allgemein angenommen wird. Sie kommt in der sekundären oder tertiären Periode vor und ist eine primäre oder sekundäre. Letztere tritt im Gefolge von spezifischen Läsionen der Lungen, Muskeln, Leber auf. Sie zeigt entweder einen exsudativen, serös-hämorrhagischen (bei Lungensyphilis) oder aber einen trockenen Charakter. Sie setzt entweder plötzlich oder allmählich ein und unterscheidet sich in der Symptomatologie kaum von der nicht spezifischen Form. Nur die Spätform geht meist ohne Fieber, Schüttelfröste, punktförmigen Schmerz und Bildung eines Exsudates einher; meist bestehen dann aber gastrointestinale Störungen. Wichtige Anhaltspunkte liefern, auſser den meist vorhandenen übrigen luetischen Symptomen, der Beginn in den ersten Monaten nach der Infektion (kann aber auch erst nach ein oder zwei Jahren auftreten), die Hypertrophie der Milz und in gewissen Fällen eine auffallende Schmerzhaftigkeit der Interkostalräume auf Druck. (Nach. *Rif. med.* 1894. No. 3.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Beitrag zur Lehre von der Knochensyphilis der Kinder, von M. F. RENARD. (*Rev. d'orthopéd.* 1893. No. 3.) Die Spätformen hereditärer Lues machen an den Knochen ganz charakteristische Veränderungen. Meist sind die Diaphysen der langen Knochen, nicht mehr als 3—4, betroffen; dieselben werden durch Ostitis und Periostitis voluminöser, keulen- oder spindelförmig, selten verlängert. An der Tibia findet man die „Säbelklingenform", die durchaus charakteristisch ist für hereditäre Lues. In einem Falle fand Verfasser diese Veränderung aber auch bei erworbener Syphilis. Derselbe betrifft ein 11jähriges Mädchen, dessen Mutter nach seiner Geburt sich als Amme inficierte und dann ihr eigenes Kind ansteckte. Im achten Lebensjahre beginnt die Deformation der Tibia. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nekrose des Oberkiefers infolge von Syphilis, von Anthelmo Combe. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 720.) Der 40jährige Patient hatte vor 18 Jahren sich seine Syphilis geholt und sich drei Jahre lang regelrecht behandeln lassen. Aufser leichteren sekundären Symptomen hatte die Syphilis bis jetzt keine Störung verursacht.

Im November 1889 Verstopfung der Nase, die sich infolge der Behandlung etwas besserte. Seit Januar 1890 eiterigen Nasenausfluſs; eine genaue Untersuchung läſst am Oberkiefer nichts Abnormes entdecken. Erst im Mai desselben Jahres Anschwellung der Oberlippe und Verzerrung des Gesichtes; aus den Alveolen der oberen Schneidezähne rinnt Eiter. Bei der Operation erweist sich der Oberkiefer nekrotisch, und es wird ein ziemlich groſser Sequester entfernt. Die Untersuchung dieses Sequesters ergiebt, daſs die Nekrose sich allmählich innerhalb der letzten acht Monate entwickelt hatte. Nach der Heilung blieb eine Verbindung zwischen Mund und Nase zurück, die mittelst eines Obturators künstlich geschlossen wurde.

Türkheim-Hamburg.

Ulcus ventriculi syphilitischen Ursprungs, von Zavadski-Luxemburg. (*Gaz. lekarska.* November 1893.) Ein 27jähriger Student mit Ulcus ventriculi starb nach acht Monaten an Erschöpfung. Die mikroskopische Untersuchung der Magenwandung im Bereiche des Ulcus ergab: Verdickung sämtlicher Schichten, besonders aber der Muscularis, kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Gefäſse, deren Wandungen zum Teil bis zur vollständigen Obliteration des Lumens verdickt waren. Gestützt auf diesen Befund und den Umstand, daſs keine andere Ursache für die Entstehung des Ulcus ausfindig gemacht werden konnte, nahmen die Verfasser einen syphilitischen Ursprung desselben an. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die sogenannte Strictura syphilitica des Rectum, von Henri Carré. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 623.) Die Verengerung des Rectum kommt fast nur bei Frauen vor und ist die Folge einer akuten oder chronischen Entzündung, die in Syphilis, Gonorrhoe oder Päderastie ihre Ursache haben kann. Die Entzündung sitzt im allgemeinen im unteren Teile des Rectum; in seltenen Fällen steigt sie auch höher hinauf. Meist handelt es sich nur um einen Entzündungsherd. Die Entzündung besteht in einer spezifischen Rectitis, wobei die Schleimhaut kanneliert erscheint. Die Form ist eine konische, mit der Basis nach abwärts. Ohne chirurgischen Eingriff nimmt die Verengerung immer mehr zu und endet häufig mit Lungentuberkulose. Eine innerliche Behandlung ist ganz erfolglos; ebenso die einfache Erweiterung, während die gewaltsame Erweiterung gleichzeitig gefährlich ist. Die Rectotomia interna ist zu verwerfen; die Rectotomia externa ist dagegen zu empfehlen, wenn sie auch nur selten endgültige Heilung bringt. Letztere wird allein durch die Entfernung der Striktur bewirkt. *Türkheim-Hamburg.*

Über Syphilis praecox gravis, Vortrag von Fournier. (Nach *Rif. med.* 1894. No. 11.) Bei dieser Form erscheinen die tertiären Manifestationen nicht erst nach dem dritten oder vierten Jahre, sondern bereits im ersten nach Auftreten des Primäraffektes. Unter 202 Fällen dieser Art war die Haut 84, das Nervensystem 69, das Knochensystem 14 mal befallen; dagegen scheinen Lungen, Herz, Aorta und Rectum nie so frühzeitig zu erkranken, ebenso ist die allgemeine spezifische Paralyse späteren Datums. Diese Frühformen des Tertiarismus treten mit Vorliebe bei körperlich heruntergekommenen Individuen auf unter dem Bilde multipler, sich sehr verbreitender Ulcerationen. Die Prognose gestaltet sich schwerer als für die Eruptionen in späteren Perioden, indem sie gewöhnlich sehr hartnäckig der Therapie trotzen, schmerzhaft sind, öfter gangränös und phagedänisch ausarten. Eine spezielle Variation dieser

letzteren Komplikation ist das zwar sehr seltene, aber meist letal verlaufende „fulminante" phagedänische Geschwür. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Molinié und Escande erwähnen (*Travaux et compte-rendu de la Clin. derm.-syphiligraph. de Toulouse.* 1893. Bd. I.):

1. eines Falles von **tertiärer Glossitis und doppelter Labialitis** (Gummata) bei einem 47jährigen Patienten;

2. eines Falles **tertiärer Syphilis der Mamma** in Form eines äußerst schmerzhaften ulcerierten Gummas bei einer 32jährigen Frau.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Nierensyphilis, von Grandmaison. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 675.) Die Nierensyphilis ist keine bloße Folge der Hg-Behandlung. Schwimmer fand auf 250 mit Hg behandelte Syphilitiker nur 22 Nierenkranke. Selten erzeugt die Syphilis eine Entzündung der Gesamtniere, viel häufiger kommt es nur zu einer umschriebenen Nephritis. Die gewöhnlichsten Formen der Syphilis renalis sind: Gummata, Nephritis diffusa, Amyloid-Entartung. Die Nierensyphilis kommt bei Lues congenita und acquisita vor; jedoch ist die Nephritis im Spätstadium der Syphilis äußerst selten; unter 3429 Fällen hat Fournier sie nur 9 mal beobachtet. Viel häufiger tritt sie im Gefolge einer frisch erworbenen Syphilis auf. Ihre Symptome gleichen hier meistens denen der großen weißen Niere, nur daß der Verlauf weit günstiger sich gestaltet; jedoch ist auch hier die Urämie zu fürchten. Die Symptome der Syphilis renalis tardiva gleichen zumeist denen der Schrumpfniere; die urämischen Anfälle treten hier erst spät ein, sind dann aber sehr schwer. Kommt dazu noch die Amyloid-Entartung, so ist der Verlauf ein viel schnellerer, zumal dann auch Milz und Leber gleichzeitig erkrankt sind. Die Behandlung ist bei der Nephritis praecox eine gemischte. Bei der Spätform giebt man Jodkalium. *Türkheim-Hamburg.*

Einen Fall von Polyneuritis mercurialis demonstriert v. Engel (*Prag. med. Wochenschr.* 1894. No. 6) als Analogon des Leydenschen Falles. Die 29 Jahre alte Patientin, von ihrem Manne luetisch infiziert, zeigte nach 18 Einreibungen von je 1,0 Ung. cinereum Parästhesien der oberen Extremitäten, später an den unteren, woran sich Lähmungen aller Extremitäten anschlossen. Es bestanden schließlich: Rechtsseitige Abducensparese, Parese der oberen Extremitäten, schwere Sensibilitätsstörungen, besonders an der Palmarseite der Finger, aufgehobene Stereognose, höchstgradige Ataxie, Herabsetzung der Reflexe; an den unteren Extremitäten schwere Störungen der Motilität, so daß die Patientin hilflos im Bette liegt, Störungen der Sensibilität, Ataxie, fehlender Patellarreflex. Keine Stomatitis; kein Tremor mercurialis. Kein Fieber, aber im Beginne Albuminurie, die wieder schwindet. Die Schmierkur wurde ausgesetzt, Jodkalium zwei Wochen gegeben, dann wieder geschmiert, ohne jegliche Besserung. Dann wurde jede antiluetische Behandlung ausgesetzt, dagegen täglich warm gebadet und peripher faradisiert. Darauf rasche Besserung des Allgemeinbefindens und allmähliches, aber relativ schnelles Zurückgehen der schweren nervösen Erscheinungen bis auf leichte Sensibilitätsstörungen an den oberen Extremitäten und Fehlen der Patellarreflexe. Zuletzt bestand neuerdings Albuminurie mit spärlichen Cylindern.

Verfasser führt die Erscheinungen auf das Quecksilber zurück bis auf die Nephritis, die wahrscheinlich schon früher vorhanden war. Er glaubt mit Leyden, daß durch ähnliche Beobachtungen die Bedeutung des Quecksilbers nicht erschüttert wird, aber doch besonders bei Nervenkrankheiten Vorsicht nötig ist, so bei der Tabes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Perrero teilt zwei Fälle von **Polyneuritis syphilitica** mit, von denen sich der erstere durch schwere Störungen der Sensibilität und der elektrischen Reaktion, durch trophische und motorische Veränderungen der Muskelsubstanz und durch Ausbreitung des entzündlichen Prozesses auf fast alle Nerven der oberen Extremität auszeichnete; der zweite Fall ebenso durch Störungen der Sensibilität, Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, durch schlaffe Lähmung des Gliedes, langsamen Verlauf und den Übergang des Prozesses auf Rückenmarks- und Gehirnnerven (Diplopie, Dysphagie). In beiden Fällen konnte durch Palpation eine Verdickung der befallenen Nerven konstatiert werden. Sublimatinjektionen nebst Massage, konstante Ströme und elektrische Bäder zur Bekämpfung der Atrophie brachten rasche Heilung herbei. (*Gazz. med. di Torino.* 1894. No. 1.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Hirnsyphilis, klinischer Vortrag von Hale-White. (*Clinical Journ.* Februar 1894; *Rif. med.* 1894. No. 40.) Vortragender stellte einen Patienten vor, bei dem die Multiplicität der Symptome auf eine chronische Entzündung der Meningen schliefsen liefs, und da Patient seinerzeit Lues acquiriert hatte, so war auch die Natur jener Entzündung bestimmt. Gestützt auf die Symptomatologie des Falles liefs sich auch der Sitz der meningealen Läsion feststellen. Eine linksseitige Hemianästhesie und Hemiparese legte die Annahme einer Läsion im Bereiche der rechten motorischen Hirnoberfläche nahe; Störungen im Gebiete des Oculomotorius (mangelhafte Beweglichkeit des rechten Bulbus, Reaktionslosigkeit der Pupillen auf Licht), des Olfactorius und Glossopharyngeus (Geruchs- und Geschmacksanomalien), eine solche im mittleren Teile der Hirnbasis; Störungen im Gebiete des Hypoglossus (Abweichen der Zungenspitze nach der Seite), des Accessorius (Parese des Kopfnickers) und des Plexus pharyngeus (Schlingbeschwerden), eine solche an den Seitenpartien des verlängerten Nackens. Aufserdem war eine beträchtliche Abnahme der geistigen Fähigkeiten eingetreten.

Die Prognose solcher Fälle ist mit Vorsicht zu stellen; die Therapie besteht in subkutanen Quecksilberinjektionen nebst rasch ansteigenden Dosen von Jodkalium.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Behandlung der Hirnsyphilis mit Einspritzungen von Oleum cinereum, von Sacaze und Magnol. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1893. S. 943.) Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über das Injektionsverfahren bei Syphilis berichten die Verfasser über drei Fälle von Hirnsyphilis, die sich nach Einspritzung von Oleum cinereum (Gaysche Formel) sehr rasch besserten. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden dabei nicht beobachtet und Verfasser schlagen vor, in diagnostisch schwierigen Fällen einige Probeeinspritzungen zu machen. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von Meningomyelitis luetica, von Nobl. (*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 51.) Verfasser stellte im Wiener medizinischen Club (Sitzung vom 13. Dezember 1893) einen Fall der von Erb geschilderten luetischen Spinalparalyse vor; Oppenheim bezeichnet das Leiden als Meningomyelitis luetica. 1870 infiziert und mit Inunktionen behandelt, zeigte der Patient bis vor vier Jahren keine Recidive; dann entstand ein grofses Gumma des Unterschenkels, das sich auf Jod zurückbildete. Zur Zeit bestehen neben der Nervenaffektion teils überhäutete, teils exulcerierte, isolierte oder serpigniös angeordnete gummöse Infiltrate, Alopecie, Psoriasis linguae, Leukoplacia buccalis, Auftreibung des Periosts an der Tibia. Hirnerscheinungen fehlen, ebenso jede Motilitäts- und Sensibilitätsstörung der oberen Extremitäten. Auffallend ist der spastisch-paretische Gang, die bedeutende Steigerung der Sehnenreflexe, die allerdings geringe Muskelstarre, die Herabsetzung der Sensibilität an den unteren Extremitäten, die Druckempfindlichkeit zwischen 7.—11. Brustwirbel, die Blasen- und

Mastdarmstörungen, das Erloschensein der Potenz. Die Erscheinungen begannen vor sechs Jahren und nahmen mit deutlichen Remissionen stetig zu.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nach einem Berichte Petersens über die **Beziehungen der Syphilis zur allgemeinen progressiven Paralyse** ergab die Anamnese, dafs 60—70% der mit Affektion behafteten Individuen luetisch infiziert waren. Lues wird demnach bei dieser Psychose 6—7 mal häufiger als prädisponierendes Moment angetroffen, als bei allen anderen. (Nach *Rif. med.* 1894. No. 8.) *C. Müller-Freiburg Schweiz.*

Zur Frage über die allgemeine progressive Paryalse der Irren und ihre Behandlung bei den Syphilitikern, von J. J. Platonnow. (*Centralbl. f. Nervenh. u. Psychiatr.* 1893.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Frage über die ursächliche Beziehung der Syphilis zu der progressiven Paralyse der Irren bleibt ungelöst.

2. Die kategorische Verwerfung der ursächlichen Bedeutung der Syphilis in Bezug auf die progressive Paralyse, ebenso wie die positive Behauptung derselben sind Extreme, die keine streng thatsächliche Rechtfertigung haben. Es giebt Fälle von progressiver Paralyse nicht syphilitischen Ursprunges, und umgekehrt giebt es Fälle, wo dieselbe Folge der Syphilis ist.

3. Bei der Feststellung der nächsten und wesentlichen Ursache der progressiven Paralyse mufs man sich in jedem Falle von den klinischen Merkmalen leiten lassen.

4. Hat man im gegebenen Falle den Zusammenhang der progressiven Paralyse mit der Syphilis als wahrscheinlich erkannt, dann ist es besser, antiluetisch zu behandeln.

5. Wir rechnen dabei, dafs die Antiluetica, Jod und Merkur, den Stoffwechsel verstärken, das syphilitische Virus und dessen Produkte aus dem Körper entfernen. Warme Wasser- und Dampfbäder, gute Ernährung etc. werden wir hinzunehmen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über syphilitische Spinalparalyse, von H. Oppenheim. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 35.) Erb charakterisiert die von ihm beschriebene syphilitische Spinalparalyse als eine Erkrankung ähnlich der spastischen Spinalparalyse, jedoch sind Muskelspannungen und motorische Schwäche trotz der Steifbeinigkeit nicht so hochgradig. Dagegen besteht zum Unterschied von der letzteren so gut wie konstant Blasenschwäche, Abnahme der Potenz und eine meist nicht beträchtliche Sensibilitätsstörung. Schmerzen fehlen meistens, die Hirnnerven und oberen Extremitäten bleiben verschont. Der Zustand entwickelt sich meistens allmählich, in selteneren Fällen auch rapide. Das Leiden schreitet bis zur hochgradigen spastischen Parese fort, selten tritt Lähmung ein, die aber meist sich bald wieder bessert. Energische spezifische Kuren bringen Besserung. Nicht selten bleibt der Zustand selbst Decennien hindurch stationär. Schwer abgrenzbar ist die Myelitis transversa dorsalis; dafs die Kranken meist nicht paraplegisch werden und sich bis zu einem gewissen Grade bessern, ist vielleicht für die Unterscheidung wichtig. Erb sieht als die anatomische Grundlage eine partielle myelitische Querschnittsläsion in Dorsalmark an.

Oppenheim unterwirft nun diese Erbschen Ansichten einer Kritik; das Prototyp syphilitischer Rückenmarkserkrankungen ist nach ihm die universale Meningomyelitis, eine von den Rückenmarkshäuten ausgehende diffuse Entzündung und Neubildung, die die Neigung hat, auf die Wurzeln überzugreifen und Ausläufer in Form von Geschwulstzapfen von der Peripherie her in die Rückenmarkssubstanz zu senden. Eine Beteiligung des Gefäfsapparates und ähnliche Veränderungen des Hirns resp. seiner Adnexa ist dabei fast regelmäfsig vorhanden. Für die Differentialdiagnose sind folgende Kriterien mafsgebend: 1. die gleichzeitig bestehenden oder vorausgegangenen

Hirnsymptome, 2. der schubweise Verlauf und das Fluktuieren der Einzelsymptome, 3. die meningealen Reizungserscheinungen und Wurzelsymptome, 4. die auf Multiplicität der Herde deutenden Erscheinungen, 5. der unvollkommen entwickelte Symptomenkomplex der Brown-Séquardschen Halbseitenläsion. — Einzelne Kriterien können natürlich vermifst werden. — Verfasser wirft nun die Frage auf: Läfst sich die Erbsche syphilitische Spinalparalyse nicht auf diese Meningomyelitis zurückführen? und bejaht dieselbe im Gegensatze zu Erb. Sie bildet nach ihm nur ein Stadium im Verlaufe der letzteren Erkrankung, repräsentiert den Typus der relativ gutartigen Fälle mit vorwiegend spinaler, dorsaler Lokalisation. Eine Krankheit sui generis ist die Erbsche luetische Spinalparalyse nicht. — Nach Rückbildung des meningealen Prozesses restiert die partielle Myelitis, die Atrophie, vor allem die sekundäre Degeneration. Es ist die Erbsche Spinalparalyse also ein Stadium einer Krankheit resp. eine durch die besondere Lokalisation eines bekannten Krankheitsprozesses bedingte Erscheinungsform derselben. Unter Berücksichtigung des Gesamtverlaufes entspricht die Lues spinalis nur in einer Minderzahl der Fälle dem von Erb gezeichneten Krankheitsbilde; meist bestehen Zeichen einer gröfseren Ausdehnung des Krankheitsprozesses, einer Beteiligung anderer Rückenmarksabschnitte, einer Hirnaffektion, und es finden sich alle Übergänge dieser Spinalparalyse zur multiplen cerebrospinalen Lues. — Verfasser betrachtet dies Erbsche Symptomenbild auch nicht als für Lues charakteristisch; jede andere diffuse Erkrankung des Dorsalmarks, jede unvollständige Myelitis transversa kann dieselben Erscheinungen bewirken. Auch die Rückbildung der Paraplegie zur Paraparese ist nicht beweisend für Syphilis, da Ausgang in unvollkommene Heilung auch bei Myelitiden anderer Genese vorkommt. Nur der Verlauf in Schüben, der Einfluís der spezifischen Behandlung und die anderen oben angeführten diagnostischen Kriterien sind maísgebend.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

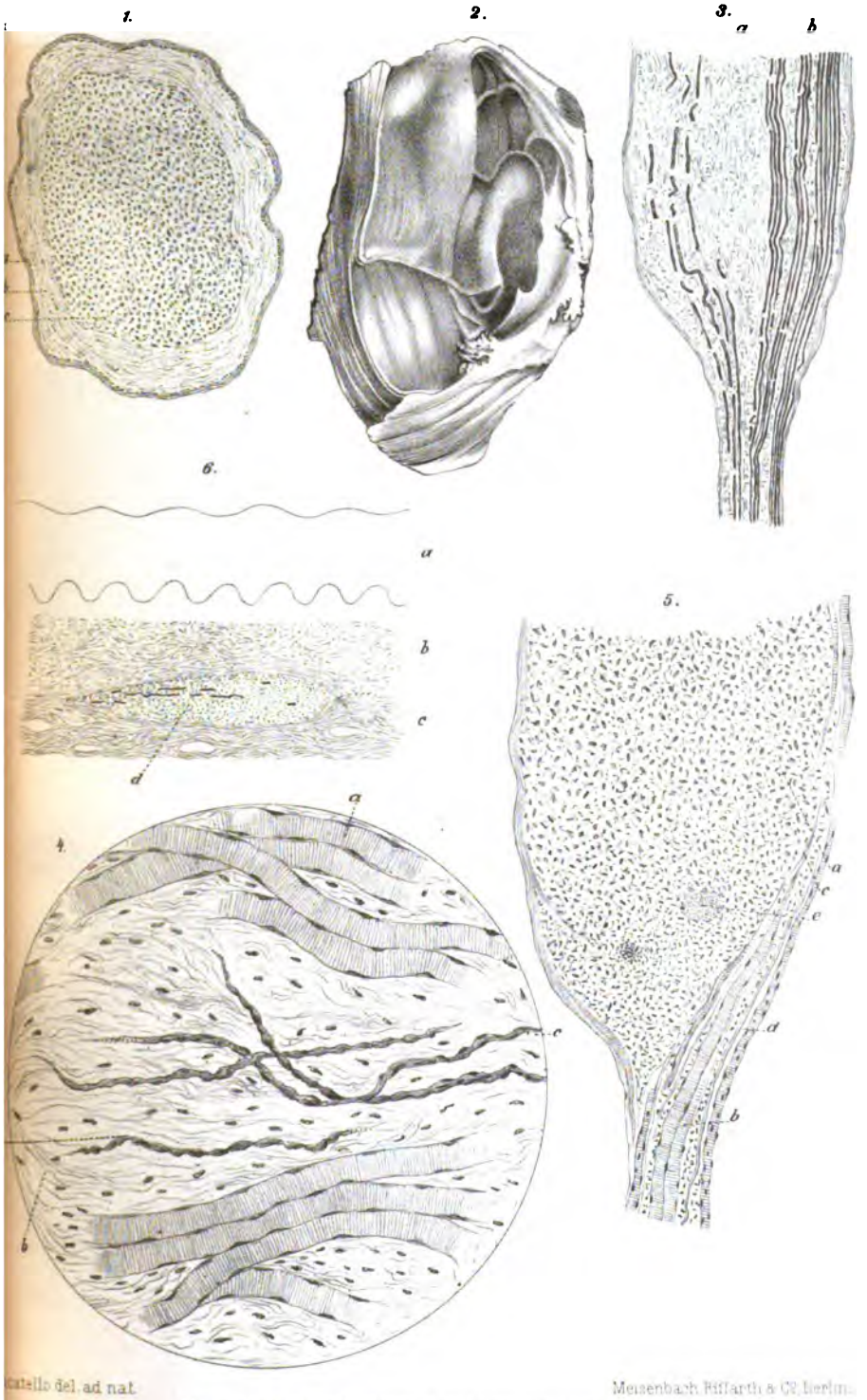
Personalia. Unser langjähriger Mitarbeiter Herr Dr. E. von Düring, Professor an der École de médecine in Konstantinopel, ist zum Chefarzt der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis in Haidar Pascha ernannt worden.

Berichtigung. Seite 91 und 92 in No. 2 dieses Bandes ist statt Wastraszewski-Krakau zu lesen: v. Watraszewski-Warschau.

Berichtigung zum Bericht über den Kongrefs in Breslau: 1. Herxheimer-Frankfurt a. M. empfahl seine neue Färbemethode besonders zur Darstellung der Intercellularbrücken, der Epidermisspiralen und elastischen Fasern, nicht für Keratohyalin, wofür sich andere Methoden besser eignen. 2. Herxheimer-Frankfurt a. M. empfahl gegen Pemphigus nicht Darmeingiefsungen sondern parenchymatöse Injektionen physiologischer Kochsalzlösungen, die abwechselnd in die Muskulatur des Oberarms und der Beine gemacht werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Anfrage. Durch welches Mittel können am besten aus der Wäsche, ohne dafs dieselbe einen Schaden erleidet, die braunen Flecken (sogenannte Rostflecken) welche, durch den Gebrauch von Moor- und Eisenbädern entstehen, entfernt werden?

Gefl. Antworten aus dem Leserkreise werden an die Redaktion oder an den Verleger erbeten.



Castello del. ad nat. Meisenbach Riffarth & Cº. Berlin.
Verlag v. Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 6. 15. September 1894.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Die spezifische Färbung des Epithelprotoplasmas.

Von

P. G. Unna.

Das in der Überschrift genannte Thema ist bereits in zwei vorhergehenden Artikeln, welche von der Protoplasmafärbung überhaupt und von der Darstellung der Epithelfasern handelten, gestreift worden. Es bedarf aber noch einer eigenen Behandlung desselben, da — wie mir scheint — gerade die Struktur des Zellenleibes der Epithelien bisher sehr wenig aufgeklärt ist. Übrigens erlauben es uns die in den betreffenden Artikeln bereits enthaltenen Ausführungen, uns in diesem recht kurz zu fassen.

Da die Epithelfasern das Epithelprotoplasma nur durchsetzen und höchstens zum Teil in dasselbe aufgehen und es bilden helfen, so hat man auf alle Fälle neben den Epithelfasern ein Epithelprotoplasma zu unterscheiden. Dieses zerfällt wie das der Bindegewebszellen der Cutis in zwei Hauptsubstanzen, das Granoplasma und Spongioplasma.

Die meisten und gebräuchlichsten Färbungen lassen diese beiden Substanzen nicht gesondert hervortreten, sondern färben beide in diffuser und gleichmäfsiger Weise an. Dieselben sind daher nur zu brauchen, um die Differenz des eigentlichen, die äufsere Zellenform gebenden Zellenleibes von den Epithelfasern zu erkennen und zu studieren. Dahin gehören die schon in einem vorhergehenden Artikel mitgeteilten Vorfärbungen der Epithelien mittelst Karmin oder Hämatoxylin mit nachträglicher Gentiana-Alaun-Darstellung der Fasern. Auch die Hämatoxylin-Pikrin-Methode und die Hämatoxylin-Orcein-Methode zeigen solide, mit einem Stachelpanzer versehene Zellleiber, ebenso wie die drei Modifikationen der Wasserblau-Orcein-Methode. Dagegen läfst die letztere Methode selbst einen Aufbau des Protoplasmas aus einer netzförmigen oder spongiösen Substanz erkennen.

Im folgenden haben wir, da die besten Darstellungen der Epithelfaserung bereits besprochen sind und die diffuse Färbung des Epithel-

protoplasmas als eines Ganzen eine elementare und allgemein bekannte Procedur ist, nur auf die Sonderdarstellungen des Granoplasmas und Spongioplasmas einzugehen.

I. Granoplasma der Epithelien.

Am raschesten orientiert man sich über die einzelnen Substanzen des Protoplasmas an abnorm grofsen, im übrigen aber wenig veränderten Epithelien, beispielsweise an Schnitten kleiner, spitzer Kondylome oder besser noch an den seitlichen Abschnitten excidierter Ulcera mollia, an Schnitten von ekzematöser, lupöser Haut u. s. f. Das Granoplasma ist an diesen Stellen ungemein leicht durch dieselben Methoden darstellbar, mittelst derer das Granoplasma der Bindegewebszellen hervortritt, also der Färbung mittelst polychromen Methylenblaus und vorsichtiger Entfärbung. Um es in den sehr grofsen und oft etwas ödematösen Epithelien stark blauviolett hervortreten zu lassen, empfiehlt sich der fixierende Zusatz von Terpentinöl. Derartig praktisch bewährte Methoden sind etwa folgende:

a) 1. Polychromes Methylenblau ½ Stunde bis eine Nacht.
   2. Alkohol absolutus 10 + Xylol 40 zur Entwässerung.
   3. Alkohol absolutus 20 + Xylol 30 zur Entfärbung.
   4. Xylol, Balsam.

b) 1. Polychromes Methylenblau ½ Stunde bis eine Nacht.
   2. Alkohol absolutus 20 + Xylol 30 zur Entfärbung.
   3. Terpentinöl, Balsam.

c) 1. Polychromes Methylenblau ½ Stunde bis eine Nacht.
   2. Alkohol absolutus 10 + Xylol 15 + Terpentinöl 25 zur Entwässerung und Fixation.
   3. Anilin-Alaunmischung[1] zur Entfärbung.
   4. Xylol, Balsam.

In allen so gefärbten Präparaten haben die Deckepithelien ein eigentümliches Ansehen, welches allen Kollegen, die viel mit Methylenblau arbeiten, bekannt sein wird, aber bisher nicht genügend gewürdigt worden ist.

Sie sind in allen Fällen asymmetrisch gefärbt, und die Asymmetrie der Färbung nimmt von den basalen Lagen nach den höher gelegenen bedeutend zu, so dafs diese bei schwacher Vergröfserung überhaupt nur an einer Seite oder einem Pole, meist an dem proximalen, tingiert zu sein scheinen. Es sieht hier fast so aus, als ob alle Zellleiber in diesen Lagen eine stark methylenblau gefärbte Kappe trügen, im übrigen aber fast ungefärbt seien. Stärkere Vergröfserungen und Ölimmersionen zeigen

[1] S. den Artikel „Über Protoplasmafärbung" etc. *Diese Zeitschr.* Bd. XIX. pag. 225.

jedoch, dafs die Zellleiber im ganzen unregelmäfsig blau geädert und gekörnt sind und dafs nur an dem stark gefärbten Zellenpole die Menge körnigen Protoplasmas bei weitem überwiegt. Man gewahrt jetzt, dafs der ganze Körper der Zelle aus einer schwammartig durchlöcherten, fein- oder stellenweise grobporigen, ungefärbten glasigen Masse besteht, welche nur durch ihre überall anhaftenden Partikelchen blauen Granoplasmas eine bläuliche Äderung, einen bläulichen Anflug annimmt. Indem diese körnige Masse sich in den Poren der spongiösen Grundsubstanz an einem Pole besonders anhäuft, entsteht hier die dunkle Protoplasmafärbung. Die spongiöse Substanz ist auch an diesem Pole kaum gefärbt, was man besonders dort gut wahrnimmt, wo das tiefblaue Granoplasma aus dem Zellleibe heraus in die benachbarten Lymphspalten austritt (häufig in spitzen Kondylomen und überhaupt hypertrophischen Epithelien) und dadurch einige Teile des Spongioplasmas frei sichtbar werden. Die stark gefärbten Zellenpole sind hier oft von reihenweise in den Interspinalräumen gelagerten, groben und feinen Brocken von Granoplasma umgeben, und auch die in ihrer Substanz ungefärbten Stacheln treten bläulich an einigen Stellen hervor, wo sie einen Anflug von ausgetretenem Granoplasma aufweisen. Die ganze Verteilung des Granoplasmas macht den Eindruck, als ob dasselbe durch irgend eine chemische Kraft (auf chemotaktischem Wege) aus den porösen Spongioplasmen der Zellen heraus und nach einer Gegend des Gewebes hingerichtet würde.

Im allgemeinen führt dieselbe — wie bereits erwähnt — zu einer Anhäufung tingiblen Granoplasmas am proximalen Zellpole. Manchmal findet man aber auch die dunkelgefärbten Zonen an der distalen oder einer beliebigen anderen Seite der Zellen; auch dann macht sich die von aufsen und allgemein wirkende Anziehung darin geltend, dafs alle benachbarten Epithelien ihre dunkeltingierte Kappe nach derselben Seite hin gerichtet haben.

Das Verhältnis der Stacheln zu dem Granoplasma übersieht man am besten an sehr grofszelligem Epithel mit dicken und langen Intercellularbrücken, speziell an Schnitten vom spitzen Kondylom. Hier treten an den tief gefärbten Zellenpolen häufig Fortsetzungen des Granoplasmas in der Form von spitzen Zapfen aus den Epithelien hervor und bekleiden die Stacheln streckenweise mit einem zackigen, blaugefärbten Belage. Von einem Übergang des Granoplasma in Epithelfasern ist an keiner Stelle die Rede; überall findet man nur eine Juxtaposition und die stärkste Verschiedenheit der Tingibilität beider.

Die Darstellung des Granoplasmas durch Methylenblau wird von keiner anderen Färbung desselben erreicht, auch nicht von den übrigen basischen Anilinfarben. Erwähnenswert ist es, dafs Hämatoxylinfärbungen, wenn man keine sauren Entfärbungen anwendet, das Granoplasma in den

Epithelien (ebenso wie in den Plasmazellen) etwas tingiert zeigen; diese Darstellung verhält sich zu der durch Methylenblau etwa so, wie sich die Kokkenfärbungen mittelst beider Farbstoffe zu einander verhalten. Da das Hämatoxylin jedoch ebenfalls das Spongioplasma etwas anfärbt, so ist auf diesem Wege keine gute Darstellung des Granoplasmas zu erreichen.

II. Spongioplasma der Epithelien.

Bei weitem schwieriger als die Darstellung des Granoplasmas ist die tinktorielle Isolierung des Spongioplasmas. Wenn schon für die Bindegewebszellen eigene Tinktions- und Entfärbungsmethoden erforderlich sind, um das Methylenviolett auf dem zarten Spongioplasma der Zellen festzuhalten und so von dem benachbarten Kollagen zu differenzieren, so versagen hier auch diese Prozeduren gänzlich. Allerdings ist hier keine kollagene Substanz in der Nähe. Dafür aber spielen die Epithelfasern eine ähnliche Rolle, indem die meisten Tinktionsverfahren für das Spongioplasma auch die Epithelfasern etwas mitfärben. Nun läfst zwar die beste Methode für Epithelfaserung, die Jodmethode, das Spongioplasma ungefärbt, aber gerade diese ist nur schwierig mit Gegenfärbungen zu kombinieren, welche die spongiöse Substanz deutlich machen. Eine so scharfe und bestimmte Darstellung des Spongioplasmas der Epithelien, wie die der Bindegewebszellen und wie andererseits die des Granoplasmas der Epithelien ist mir bisher überhaupt noch nicht gelungen, und ich stelle die nachfolgenden Methoden nur als die zur Zeit besten hin, welche bereits manche Aufschlüsse geben, aber noch vieles zu wünschen übrig lassen.

a) Wasserblau-Orcein-Methode.

Dieselbe ist der Hauptsache nach identisch mit der gleichnamigen Methode zum Nachweise der Epithelfasern. Nur mufs die Einwirkung des neutralen Orceins etwas länger dauern, um das Blau der Epithelfasern abzuschwächen und den spongiösen Bau des Zellenleibes mehr in Orceinfarbe hervortreten zu lassen.

1. Wasserblau (1%) 10 Minuten.
2. Abspülung in Wasser.
3. Neutraler Orceinspiritus (1%) etwa 15—20 Minuten.
4. Alkohol absolutus.
5. Öl, Balsam.

b) Waserblau-Eosin-Methode.

Diese Methode beruht ebenfalls auf der Abschwächung der Wasserblaufärbung und ist ganz nach dem Vorbild der Säurefuchsin-Pikrin-Methode für Kollagen (Ablösung zweier saurer Farben an demselben Gewebe) auszuführen.

1. Wasserblau (1%) 10 Minuten.
2. Abspülung in Wasser.
3. 1‰ wässerige Eosinlösung 1 Minute.
4. 1‰ spirituöse Eosinlösung bis zur Entwässerung.
5. Alkohol absolutus zum Abspülen des überschüssigen Eosins.
6. Öl, Balsam.

c) Hämatoxylin-Methylenblau-Orcein-Methode.

Während die beiden eben genannten Methoden nur den spongiösen Charakter der Zellsubstanz verdeutlichen, giebt diese dritte eine ungefähre Anschauung über das Verhältnis des Spongioplasmas zum Granoplasma der Epithelien. Letzteres erscheint dabei in der Farbe des Methylenblaus mit einem leichten Anflug von Hämatëin, während die Vorfärbung mittelst Hämatoxylin andererseits den spongiösen Charakter der Zelle bei der Orceinnachfärbung hervortreten läßt.

1. Hämatoxylin (starke Lösung) 5 Minuten.
2. Wasser.
3. Polychromes Methylenblau 5 Minuten.
4. Wasser.
5. Neutrale spirituöse (1%) Orceinlösung 15—20 Minuten.
6. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

d) Hämatoxylin-Eosin-Gentiana-Jod-Methode.

Wie die letztgenannte Methode das Verhältnis des Spongioplasma zum Granoplasma der Epithelien illustriert, so die folgende das des Spongioplasma zu der Epithelfaserung. Sie ist einfacher als sie beim Lesen erscheint:

1. Hämatoxylin 5 Minuten.
2. Wasser.
3. 1‰ wässerige Eosinlösung ½ Minute.
4. Wasser.
5. Gentiana-Alaun-Lösung 5 Minuten.
6. Wasser.
7. Jodkaliumlösung + Jodkrystall.
8. Wasser.
9. Abtrocknung auf dem Objektträger.
10. Anilin 10 + Xylol 40 zur Entwässerung.
11. Anilin 25 + Xylol 25 zur Entfärbung.
12. Xylol, Balsam.

Hier ist das Spongioplasma durch das Eosin mit einem Anfluge von Hämatëin zur Verstärkung der Konturen bläulichrot gefärbt und um die blaugefärbte Epithelfaserung wie eine transparente Masse herumgegossen.

Man sieht deutlich, wie sie die Epithelfasern beim Austritt aus der Zelle in rasch abnehmender Dicke noch mit einem Überzuge versieht und gewahrt an sehr grofsen Epithelien hier und da die Gruben und Poren an ihrer Oberfläche, welche mit den Zwischenräumen zwischen den Stacheln zusammenfallen.

Nach den hier genannten Methoden und den mit ihnen gewonnenen Bildern habe ich mir folgende Vorstellung vom Spongioplasma der Epithelien gebildet. Es handelt sich um eine homogene, durchsichtige, sehr schwer färbbare Masse, welche die Epithelfaserung und den Kern zusammen derartig einhüllt, dafs ein vielseitig abgeplatteter, einheitlicher Körper mit den Umrissen der Epithelzelle dadurch entsteht. Derselbe ist jedoch nicht völlig solide, sondern enthält eine grofse Menge rundlicher Höhlen, die vielleicht teilweise kommunicieren, besitzt also im ganzen eine schwammartige Struktur. Die Epithelfasern verlaufen teils isoliert, teils netzartig verbunden in den Balken dieser spongiösen Grundsubstanz, welche sich noch zapfenartig etwas über den Bereich der Zelle hinaus an den dieselbe (als Intercellularbrücken, resp. Stacheln) verlassenden Fasern hinauszieht. Die innerhalb der spongiösen Substanz eingeschlossenen Hohlräume enthalten, teils als körniger Wandbelag, teils als lose oder dicht gepreſste Körner und Brocken, das Granoplasma, eine in basischem Methylenblau sehr stark tingible Substanz, welche von dem Fasersystem der Zelle überall durch das die letztere umgebende Spongioplasma getrennt ist. Das Granoplasma ist innerhalb des Spongioplasmas nur interponiert, nicht imbibiert, wie sich deutlich aus der Verteilung des Granoplasmas in denjenigen Epithelien ergiebt, welche nur sehr wenig davon enthalten (z. B. den unipolar gefärbten, grofsen Epithelien der mittleren Stachelschicht bei hypertrophischen Prozessen). Hier tritt nämlich die Färbung nie als eine homogene Bläuung des Spongioplasmas, sondern als ein unregelmäfsig körniger Wandbelag der im Spongioplasma enthaltenen Hohlräume auf und füllt letztere bei seiner Vermehrung mehr oder weniger vollständig aus. Bei schwächeren Vergröfserungen bedingen diese intercalierten Brocken von Protoplasma die anscheinend diffuse Färbung des ganzen Zellenleibes; partielle Lostrennungen von Brocken und Körnern des Granoplasmas lassen aber das ungefärbte Spongioplasma wieder hervortreten. Durch Eosin, Orcein, Hämatoxylin, Pikrinsäure u. a. m. läfst sich das Spongioplasma mehr oder weniger deutlich tingieren und dadurch in seiner Ausbreitung auch dort erkennen, wo seine Grenzen nicht durch den tingierten Wandbelag von Granoplasma angedeutet werden.

Es ist nicht zu verkennen, dafs der ungemein wichtigen Rolle, welche gerade das Spongioplasma im Aufbau des Zellleibes spielt, die bisher erreichte Schärfe der tinktoriellen Isolierung durchaus nicht entspricht. Denn die äufseren Umrisse des Zellenleibes werden ganz allein von dieser

rätselhaften Substanz vorgezeichnet; aus ihr besteht die Hauptmasse des Zellprotoplasmas und in ihr spielen sich sehr wichtige Degenerationen ab, so die hyaline und ballonierende Degeneration der Stachelzellen, wie sie denn auch nach meiner Überzeugung das eigentliche Substrat für den Verhornungsprozefs abgiebt. Es war für mich auch eine geradezu paradoxe Erfahrung, zu finden, dafs das Spongioplasma der Epithelien so schwer tinktoriell darstellbar sei, nachdem mir an den vergleichsweise schmächtigen Bindegewebszellen die Färbung des Spongioplasmas geglückt war. Vielleicht liegt eine Erklärung für die geringe Tingibilität der entsprechenden Grundsubstanz bei den Epithelien in dem Umstande, dafs dieselben innerhalb des Spongioplasmas die stark tingiblen Epithelfasern entwickeln, wodurch vielleicht der übrigen Substanz tingible Körper entzogen werden. Denn in Talgdrüsenzellen, Knäueldrüsenzellen und anderen faserlosen Abkömmlingen des Deckepithels ist das Spongioplasma viel leichter tingierbar, als gerade innerhalb der Stachelzellen der Oberfläche.

Über die Behandlung der Urethritis blennorrhoica mittelst Ausspülungen mit Kalium permanganicum; Demonstration einer doppelläufigen Kanüle von Dr. G. VANGHETTI zu Urethralirrigationen.

Vortrag, gehalten auf dem XI. Internationalen Medizinischen Kongresse zu Rom.

Von

Prof. Dr. V. MIBELLI-Parma.

Vortragender hat mit Ausspülungen von Kalium permanganicum-Lösungen (ohne Katheter) so zu sagen alle Blennorrhoiker behandelt, die sich im Verlaufe der letzten fünf Monate in seiner Klinik und der damit verbundenen Poliklinik vorstellten. Hierzu veranlafst wurde er durch die glänzenden Erfolge, welche mit Hülfe dieser bereits seit einigen Jahren bekannten Methode durch JANET und DELAROCHE an den Spitalabteilungen von GUYON und BALZER erzielt wurden.

Totalirrigitationen, wobei die Flüssigkeit bis in die Blase getrieben wurde, wurden überall da gemacht, wo sich das Fortschreiten des Prozesses auf die Urethra posterior nachweisen liefs. Bei einfacher Urethritis anterior blieben die Ausspülungen auf die vordere Harnröhre beschränkt. Von dem hohen Werte eines kontinuierlichen Flüssigkeitszuflusses während der ganzen Dauer der Sitzung überzeugt, hat sich Vortragender der doppel-

läufigen Kanüle von Prof. Maiocchi (siehe *Il Policlinico* Bd. I. S. 205) bedient, welche den Anforderungen vorzüglich entsprach.

Übrigens mufste, sowohl bei Urethritis anterior, als wenn die ganze Harnröhre erkrankt war, die Behandlung nach dem ersten Versuche unterbrochen werden, wenn mit derselben in der Periode der höchsten Akuität des Prozesses begonnen wurde, indem sie von dem Patienten nicht vertragen wurde, oder weil eine Verschlimmerung der entzündlichen Erscheinungen eintrat.

Einige wenige Versuche einer Abortivkur an Patienten, die sich am dritten oder vierten Krankheitstage vorstellten, mifsglückten, trotzdem ganz genau nach den Vorschriften Janets verfahren wurde; doch liegt dies nach der Ansicht des Vortragenden an der Widerspenstigkeit der betreffenden Patienten.

In der grofsen Mehrzahl der Fälle handelte es sich jedoch um subakute oder ausgesprochen chronische Urethritiden, und hier waren, ganz seltene Ausnahmen abgerechnet, die Resultate der neuen Methode so befriedigend, wie nur möglich, indem nicht die geringste Unannehmlichkeit beobachtet und, im Mittel, nach 8 oder 10 Irrigationen, eine dauerhafte Heilung erzielt wurde.

In diesen Fällen wurden die ersten Irrigationen mit Lösungen von Kalium permanganicum in der Konzentration von 1 : 4000 gemacht, später wurden allmählich stärkere Lösungen (bis 1 : 1000) verwendet. Die Höhe der Flüssigkeitssäule betrug stets 1,70 m, die Temperatur der Lösung zwischen 40° und 45° C.

Der Vortragende erklärt sich mit den Resultaten der neuen Behandlungsmethode sehr befriedigt und wurde durch dieselben zur ferneren Benutzung ermuntert, sowohl wegen ihrer unzweifelhaften Wirksamkeit, als wegen der Leichtigkeit, mit der sich die Patienten an die Methode gewöhnen und sie recht bald zu schätzen und zu würdigen wissen. Thatsache ist, dafs sich das Ambulatorium der dermo-syphilopathischen Klinik von Parma niemals eines solchen Zuspruches von seiten der Blennorrhoiker zu erfreuen gehabt hat, wie in den letzten fünf Monaten, wo sie mit den Irrigationen behandelt werden.

Bei der Anwendung dieser Behandlungsmethode glaubt Vortragender einen neuen Beleg für die Häufigkeit der Urethritis posterior gefunden zu haben; denn nicht nur konstatierte er sie mit Hülfe der gewöhnlichen diagnostischen Hülfsmittel bei der grofsen Mehrzahl der Blennorrhoiker, sondern die Thatsache dieses häufigen Vorkommens der Urethritis posterior liefs sich auch öfters aus den Erfolgen der Therapie ableiten. Öfters geschah es nämlich, dafs die Irrigationen der Urethra anterior völlig resultatlos blieben, und zwar in Fällen, wo sich nichts anderes als eine Urethritis anterior nach den gewöhnlichen Vernunftgründen diagnosticieren

liefs. In diesen Fällen sah man prompte Heilung eintreten, sobald man sich zu Totalirrigationen entschlofs. Dieser Umstand liefert demnach einen neuen Beweis für die Thatsache, dafs die Urethritis posterior öfters im latenten Zustande besteht, und dafs die Angaben der neuesten Statistik über ihre Frequenz nicht etwa zu hoch, sondern eher zu niedrig gegriffen sind.

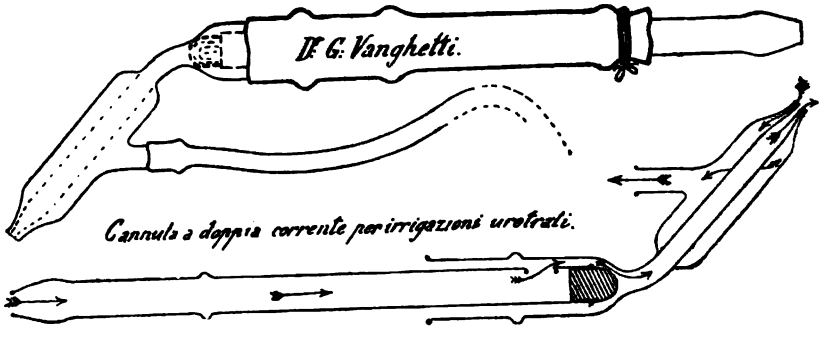
Diese Frequenz beweist offenbar, dafs die Verbreitung der Entzündung auf die Urethra posterior heute keineswegs mehr als eine Komplikation der Blennorrhoe, sondern einfach als eine Etappe im typischen Verlaufe des Prozesses zu betrachten ist. Nur wenn die Urethritis posterior einen chronischen Charakter annimmt, wird sie als schwer angesehen. Glücklicherweise hat aber der Vortragende gerade in den Fällen von chronischer oder zur Chronicität neigenden subakuter Urethritis posterior die glänzendsten Erfolge mit den Kalium permanganicum-Irrigationen erzielt.

Bei den ersten Versuchen in diesem Sinne führte der Vortragende eine passend geformte gläserne Kanüle in den Meatus ein, welche mit dem Ende des Irrigatorschlauches in Verbindung stand. Indem der Gummischlauch zwischen den Fingern der rechten Hand gehalten wird, kann durch einen einfachen Druck der Flüssigkeitsstrom nach Belieben unterbrochen werden. Da aber auf diese Weise ein Verspritzen der Flüssigkeit, sowie eine Beschmutzung der Gegenstände und Personen, selbst auf gröfsere Entfernung, kaum vermieden werden kann, schaltete er am Ende des Schlauches eine von seinem Assistenten Dr. VANGHETTI erfundene, mit einer besonderen, automatischen Klappe versehene Kanüle aus Glas ein. Da dieser automatische Verschlufs in der Praxis befriedigende Resultate für alle Arten von Irrigationen und speziell für diese Harnröhrenausspülungen vom Meatus aus lieferte, konstruierte Dr. VANGHETTI nach demselben Prinzipe eine solche, welche derart kombiniert ist, dafs sie sowohl zu den zweiläufigen Irrigationen der vorderen Urethra nach Prof. MAIOCCHI, als zu den Totalirrigationen bei Urethritis posterior dienen kann.

Diese Kanülen, wovon der Vortragende verschiedene Exemplare vorlegt, sind aus Glas und bestehen aus zwei Teilen, welche durch einen kurzen Schlauch aus rotem Gummi verbunden sind, dessen longitudinale Elasticität zum Öffnen und Schliefsen des Stromes verwertet wird. Der eine Teil, der für alle Kanülen derselbe bleibt, besteht aus einem Glasrohre, das an dem einen Ende mit einem runden Gummipfropfen verschlossen ist und an der Wandung eine seitliche Öffnung trägt zum Durchlafs des Flüssigkeitsstromes. Der zweite Teil besteht aus einem weiteren Rohre, in welches das erstere eingefügt wird; dasselbe hat verschiedene Formen, je nach dem speziellen Zwecke der Kanüle: zu gewöhnlichen, chirurgischen Irrigationen oder beim Gebrauche im histologischen

Laboratorium dienen solche mit mehr oder weniger langer, für Nasenausspülungen solche mit einer olivenförmigen Spitze etc.

Bei den Kanülen zu Urethralausspülungen mit doppeltem Flüssigkeitsstrome ist dieser zweite Teil gegen die Mitte zu eingeengt und gekrümmt. (Siehe Figur.)



In ihren glockenförmig ausgeweiteten Teil kommt das Ende des ersten Stückes zu liegen, welches mit dem Pfropfen versehen ist. Dieser letztere verschliefst so das Lumen der Kanüle, indem er infolge der elastischen Kraft des Schlauches aus rotem Gummi leicht gegen die Verengung angedrückt wird. Der andere Teil, welcher zur Einführung in den Meatus entsprechend geformt ist, besteht aus zwei ineinandergeschobenen und verlöteten Röhren, von denen die innere zum Zuflusse, die äufsere zum Abflusse dient. An diesen äufseren Tubus ist seitlich ein gläsernes Röhrchen angelötet, über welches man einen kleinen Drainschlauch stülpen kann zur Ableitung der rückströmenden Flüssigkeit in ein Gefäfs. Selbstverständlich wird bei Verschlufs dieses Drainschlauches der Strom unterbrochen.

Überläfst man das Instrument* sich selbst, so bleibt der Strom beständig unterbrochen; um ihn zu öffnen, mufs das Instrument angefafst und mit dem Daumen nach vorn gedrückt werden, wodurch der vordere Teil um 1 oder 2 mm vorgeschoben wird.

Die Hauptvorzüge dieser Kanüle sind folgende: gröfste Leichtigkeit der Bewerkstelligung eines sofortigen Öffnens und Schliefsens des Stromes; die Möglichkeit einer bequemen Handhabung mit einer Hand bei gröfster Sauberkeit für den Operierenden; der Umstand, dafs sich der Patient selbst und ohne Hülfe des Arztes des Apparates bedienen kann.

(Übersetzt von C. Müller-Freiburg [Schweiz].)

* Zu beziehen von: Zambelli & Co. in Turin.

Zweiter Beitrag über eine epidemische Hautkrankheit.

Dem XI. Internationalen Kongreſs in Rom am 31. März 1894 vorgelegt, unter Vorzeigung von Photogrammen, farbigen Zeichnungen, mikroskopischen Präparaten und Epidermisfetzen.

Von

THOMAS D. SAVILL, M. D., London.

(Mit Tafel III.)

Einleitung.*

Während des Jahres 1891 erlaubte ich mir,[1] die Aufmerksamkeit auf eine gewisse Form eines Hautleidens zu lenken, welches unter bestimmten Verhältnissen kontagiös ist, und welches zu jener Zeit epidemisch auftrat. Dabei war das konstante Vorhandensein eines Mikrobions von Dr. J. R. RUSSELL[2] und mir selbst[3] nachgewiesen worden. Ich definierte damals die Affektion als „kontagiöses Leiden, welches sich hauptsächlich als eine entzündliche Beschaffenheit der Haut dokumentiert und manchmal von der Entwickelung von Bläschen begleitet ist; die Affektion führt immer zur Abschuppung des Integuments; sie ist gewöhnlich von einer gewissen Allgemeinstörung begleitet, aber ohne Temperatursteigerung und nimmt einen mehr oder weniger cyklischen Verlauf von sieben- bis achtwöchentlicher Dauer."

Mein Beobachtungsmaterial umfaſste 163 Fälle, welche während der Sommer- und Herbstmonate des Jahres 1891 unter meiner Behandlung im Paddington Infirmary sich befanden.

Diese Krankheit bot in mancher Beziehung eine sehr entschiedene Ähnlichkeit mit Ekzem dar und wurde auch von mir sowie von mehreren anderen Kollegen anfangs damit verwechselt; späterhin wurde es aber offenbar, daſs dieselbe, auch abgesehen von dem epidemischen Charakter, nicht immer mit Ekzem übereinstimmte.

Eine vorzügliche Schilderung der Hauptzüge dieses Leidens hat Dr. BYROM BRAMWELL in seinem *Atlas of Clinical Medicine* (1893. Vol. II. part. 3. pag. 121) gegeben und mit zwei vorzüglichen koloriertern Bildern von Patienten, welche typische Fälle des Leidens darstellten, illustriert.

Diese Hautkrankheit ist nun, soviel ich weiſs, die einzige, die man bisher mit epidemischen Ursachen in Verbindung gebracht hätte. Im Jahre 1891 brach das Leiden in sechs verschiedenen Anstalten in London hervor (in Summa 424 Fälle), und es ereigneten sich auch viele einzelne Fälle in der Praxis von mir bekannten Kollegen. Die Wichtigkeit und Schwere

* Die Ziffern im Text beziehen sich auf das Litteraturverzeichnis am Schlusse.

der damaligen Epidemie kann man aus der Thatsache entnehmen, dafs 12,8% der 163 von mir behandelten Fälle gestorben sind, und dafs bei der Hälfte dieser Fälle der ganze Körper mit dem Ausschlage bedeckt war.

Während der letzten drei Jahre habe ich, so oft sich die Gelegenheit dazu bot, mich dem Studium dieses Leidens gewidmet, und ich möchte nunmehr das in dieser Zeit gesammelte Material zu einem Ganzen zusammenfassen. Im grofsen ganzen ist an der im Jahre 1891 gegebenen Schilderung nicht besonders viel zu ändern.

Es dürfte vielleicht geboten sein, hier einen Bericht über einen ziemlich typischen, aber sehr schweren Fall einzuschalten, da möglicherweise die ursprüngliche Abhandlung über die Krankheit dem Leser nicht gerade zur Verfügung steht. (S. Tafel III.)

D., 63 Jahre alt, wurde am 13. März 1891 mit Schmerzen, Schwellung und einigen anderen Symptomen, die auf eine rheumatische Entzündung an einigen Gelenken und Fascien des rechten Armes und Beines hindeuteten, im Paddington Infirmary aufgenommen. Gegen Ende Juni war er wieder ganz gesund; er stand jeden Tag auf und bewegte sich frei umher. Er sollte als geheilt aus dem Krankenhause entlassen werden, als er (am 4. Juli) der Pflegerin gegenüber sich über lebhaften Juckreiz („irritation") der Haut, namentlich des Armes, beklagte. Zur Zeit war zwar nichts weiter zu sehen, aber am folgenden Tage wurde ein fein papulöser Ausschlag auf der Vorderfläche des rechten Vorder- und Oberarmes konstatiert. Derselbe bestand aus dicht gesäten Papeln verbunden mit einer mäfsigen allgemeinen Hyperämie und Verdickung der Haut. Am sechsten Tage (den 10. Juli) hatte die Affektion sich bis aufs Gesicht und den Kopf ausgedehnt. Tags darauf wurden neue selbständige Krankheitsgebiete an den Handtellern, der Streck- und Beugeseite des linken Ellenbogens und auch an einer noch weiter vom ursprünglichen Krankheitsherde entfernten Stelle, der Vorderfläche der Unterschenkel, beobachtet; inzwischen hatten sich die zuerst befallenen Stellen gebessert. Bläschen kamen hierbei niemals vor, aber die Epidermis löste sich bald in kleinen, trockenen Schuppen oder in grofsen Fetzen an den Händen und Füfsen total ab.

Etwa am zehnten Tage fing der Ausschlag sich zu bessern an, und es schien, als ob derselbe abheilen würde; aber ungefähr am vierzehnten Krankheitstage trat eine allgemeine intensive Verschlimmerung ein. Der Ausschlag war jetzt symmetrisch entwickelt und wird in einer Notiz vom 17. Juli folgendermafsen beschrieben: „Lebhaftes Brennen und Jucken und gestörter Schlaf. Der Rücken ist fast durchweg mit einem in kleiige Abschuppung übergehenden, papulösen Ausschlag bedeckt. Die Arme und Beine sind mit einigen derartigen Herden besetzt, ebenso die Hände bis zu den Fingerspitzen sowohl auf der Dorsal-, wie auf der Palmarseite. Das Gesicht und der gröfsere Teil der Kopfhaut (sowohl an den kahlen, wie an den behaarten Stellen) sind gleichmäfsig gerötet, verdickt (ohne Papelbildung) und schuppen in kleinen Partikeln ab. Die Ohren sind am allerschlimmsten befallen, nässen."

Die einzige Stelle, wo sich bei diesem Falle Bläschen fanden, war hinter den Ohren; anderswo wurde ein vesikulöses Stadium, falls ein solches überhaupt bestanden hat, nicht wahrgenommen. Um den einundzwanzigsten Tag war fast der ganze Körper nebst den Extremitäten ergriffen, und das Integument zeigte sich hier als eine karmoisinrote, entzündete und geschwollene Fläche, von der sich die Epidermis langsam ablöste, indem sie verschieden grofse Schuppen und Fetzen bildete, und wobei sich hier und dort, namentlich an den

Gelenkbeugen, Rhagaden entwickelten, aus denen eine spärliche Flüssigkeit sich abschied; im übrigen, und zwar an der gröfseren Hälfte des Körpers, war die entzündete Haut trocken und heifs anzufühlen. Die Konjunktiven waren entzündet und sonderten eine serös-eiterige Flüssigkeit ab. Die erkrankte Haut entwickelte einen ekelerregenden Geruch.

Dieser klägliche Zustand blieb nun mehrere Tage lang so bestehen. Die Haut war wund und bei Berührung exquisit empfindlich, so dafs der Kranke nicht wagte, sich von dem unerträglichen Brennen und Jucken Linderung zu verschaffen, und schon die Berührung der Bettdecken Schmerz verursachte. Etwa am fünfundzwanzigsten Tage des Bestehens der Affektion fing die Schwellung an nachzulassen, aber die Rötung und Abschuppung hielten noch mehrere Wochen an. Am 12. August wurde folgende Eintragung gemacht: „Augenlider sehr verdickt, Augen gerötet und thränend. Ganze Körperoberfläche gerötet, schuppt in mäfsig grofsen Stücken ab." Mr. Jonathan Hutchinson sah den Kranken um diese Zeit, etwa in der sechsten Krankheitswoche, und äufserte seine Meinung dahin, dafs „in diesem Stadium sich die Affektion von Pityriasis rubra schwer unterscheiden lasse". Die universelle, desquamierende Dermatitis war genau von der Art, wie sie bei jener Krankheit vorkommt.

Etwa in der siebenten Woche nahm die Haut allmählich eine gelblichbraune Färbung an und sah gespannt und trocken wie Pergament aus. Im Gesicht verursachte dieses Strecken ein Ektropion der Augenlider. Dieses Stadium hielt nun längere Zeit an, und erst in der achten bis neunten Woche kehrte die Haut wieder in ihre normale Verfassung zurück, und es blieb selbst dann noch ein gewisser Grad von Abschilferung bestehen.

Während der ganzen Zeit litt der Kranke an hochgradiger Schwäche und Hinfälligkeit; eine Zeit lang hatte er immer das Gefühl, als ob er „im Begriff sei, durch das Bett hindurchzufallen". Die Zunge, anfangs belegt, wurde später wund und rissig — wie die Haut. Die Appetitlosigkeit war sehr ausgesprochen und steigerte sich bisweilen geradezu zu einem Ekel vor aller Nahrung. Manchmal war ihm übel, doch erbrach er niemals, und der Stuhlgang war niemals diarrhoisch. Die Schwäche hielt lange (mehrere Wochen) an, nachdem die kutane Entzündung nachgelassen hatte, aber die wiederkehrende Efslust war das erste Zeichen der Besserung, und allmählich stellte sich ein Heifshunger ein wie bei einem Typhusrekonvalescenten. Die regelmäfsig vorgenommenen Temperaturaufzeichnungen zeigen keine oder blofs eine sehr geringe Steigerung, indem das Thermometer gelegentlich abends bis auf 37,2° stieg. Der Urin, welcher bei der Aufnahme normal befunden worden war, zeigte bei verschiedenen Untersuchungen eine Spur Eiweifs. Dasselbe trat zuerst in der vierten Krankheitswoche (28. Juli) hervor und blieb noch nach der Genesung sechs bis sieben Wochen (bis zum 6. Oktober) bestehen, worauf es wieder verschwand. Gleichzeitig mit der Albuminurie bestand auch Anasarka der Beine.

Die Dauer des primären Anfalls dieser Krankheit wäre im ganzen auf etwa acht Wochen zu schätzen. Auf den Ausschlag folgten zweimal unbedeutende, circumskripte Recidive, nämlich nach vierzehn Tagen (den 17. September) an den Armen und der Brust und acht Wochen später (den 23. Oktober) an den Beinen. Drei Wochen nach dem Abblassen des Ausschlages hatte er einen leichten Anfall von Pleuritis.

Das ausgesprochene Nachlassen des Ausschlages während der zweiten Krankheitswoche bildet eine bemerkenswerte Eigentümlichkeit bei diesem Falle. Ein ähnlicher Rückgang mit nachfolgender, doppelt heftiger Verschlimmerung wurde bei vielen Fällen während der Anfangsstadien beobachtet.

Bei diesem Kranken lösten sich die Nägel ab, und das Haupthaar fiel bis zur

vollständigen Kahlheit aus. Ferner folgte auf den Ausschlag eine gleichmäfsig über den ganzen Körper verteilte chokoladenfarbige Pigmentierung.

Aus verschiedenen, sogleich näher zu besprechenden Thatsachen wird hervorgehoben, 1. dafs die 1891er Epidemie sowohl in Bezug auf den Typus wie die Anzahl der Fälle eine ungewöhnlich intensive war, 2. dafs auch sporadische Fälle dieser Krankheit vorkommen können und manchmal in sehr milder Form verlaufen; 3. dafs die Krankheit nicht eigentlich selten ist, und schliefslich, dafs die Bezeichnung „General exfoliative Epidemic Dermatitis" einesteils schwerfällig und auch nicht ganz zutreffend ist.

Weitere Aufklärung wäre noch zu wünschen über die Pathologie und Nosologie des fraglichen Leidens, und aus diesem Grunde unterbreite ich die folgenden Beobachtungen der Beurteilung der Kollegen.

Seit 1891 habe ich vier Epidemien erlebt, welche wir zunächst besprechen wollen, um dann zu einer Betrachtung der sporadischen Fälle überzugehen.

Abschnitt I.

Die wesentlichen Charaktere der Krankheit.

(Abschuppung und cyklischer Verlauf.)

Die Epidemien seit 1891.

a) Die Fälle im Paddington Infirmary im Jahre 1892.

Die 163 Fälle, welche die Grundlage für meine Beobachtungen im Jahre 1891 bildeten, ereigneten sich alle unter den Patienten und dem Personal des Paddington Infirmary und dem dazu gehörigen Siechenhaus. Im Frühjahr 1892 wurden diese Gebäude sehr gründlich desinficiert und gereinigt. Trotzdem hatte ich nachher zwölf neue Fälle, welche im Krankenhaus entstanden, sowie zwei von aufsen hereingebrachte im Laufe des Sommers und Herbstes jenes Jahres zu behandeln. Unter diesen Patienten waren fünf, welche schon vorher im Jahre 1891 befallen gewesen waren. Somit hatten wir einen Procentsaz von ungefähr 2 v. H. gegenüber den 19% des vorigen Jahres. Zwölf von den Hospitalsfällen waren Männer und zwei Frauen. Wie bei der früheren Epidemie, wurden namentlich alte Leute ergriffen, doch kamen Erkrankungen bei Männern im Alter von nur 30, resp. 38 und 40 Jahren vor. Die Läsionen begannen bei den verschiedenen Patienten an verschiedenen Stellen des Körpers. Einer von den Fällen, eine 78jährige Frau (Fanny Moore), verlief tödlich. Sie wurde im März 1892 befallen, als sie sich in der Krankenabteilung des Siechenhauses befand, und nach verschiedenen Recidiven und einem sehr chronischen Verlauf starb sie an Erschöpfung am 30. September. Sie litt nebenbei an sehr hochgradigen Störungen des Herzgefäfssystems.

Herr J. J. Clark von St. Mary's Hospital bemühte sich in sehr zuvorkommender Weise, aus einer dem linken Ventrikel entnommenen Portion Blut den Mikroorganismus zu züchten, doch waren diese Versuche nicht von Erfolg. Vielleicht waren bei der Entnahme des Blutes meinerseits gar zu reichliche Vorsichtsmafsregeln getroffen worden, und es kann möglicherweise etwas Sublimat in die zur Aufnahme verwendeten Kapillarröhrchen gelangt sein. Aber ich habe es auch sonst immer sehr schwierig gefunden, bei so chronischen Fällen wie diesem, die Mikroorganismen zu gewinnen. Am geeignetsten für solche Untersuchungen schienen mir immer die frischeren Fälle sich zu gestalten.

Ein ausgesprochenes Beispiel von der Kontagiosität der Affektion war bei Jeremiah W. zu beobachten. Es handelte sich um einen 40jährigen Mann, der am 3. September 1892 wegen einer ausgedehnten Quetschung am Beine aufgenommen war. Beiläufig mag erwähnt werden, dafs die Kranken selbst von der Kontagiosität des Leidens fest überzeugt waren, und dafs dieser betreffende Mann grofse Angst vor der Ansteckung damit hatte. Er war aufser Bett und ganz gesund, als bei mehreren anderen Insassen des Saales, denen er manchmal Handreichungen leistete, sich die Hautkrankheit im floriden Stadium befand. Am 15. September, also zwölf Tage nach der Aufnahme, fing seine Haut zu jucken an, und am 17. trat das Exanthem in Form von Quaddeln und Flatschen anfangs am Scrotum und den Oberschenkeln hervor und breitete sich später auf die Unterschenkel, den Bauch und die Brust aus. Bäder mit Kreolin und Ichthyolseife bekamen ihm gut, aber er ging auf seine eigene Verantwortung am 18. Oktober mit noch deutlich vorhandenem Ausschlag ab. Fast von Anfang an hatten die Flecke eine ekzematöse Beschaffenheit mit Sekretbildung dargeboten, und wenige Tage später entwickelte sich eine trockene, kleienförmige Abschilferung der Haut. Der Ausschlag bestand durchweg aus Flecken oder aus wenig erhabenen Maculae. Die Verteilung war beinahe universell; namentlich waren aber die Oberschenkel und der untere Teil des Rumpfes befallen. Die Temperatur hielt sich durchweg ein wenig unter der Norm, und das einzige Allgemeinsymptom war die Schwäche.

William S., 33 Jahre alt, mag hier auch als ein typischer, akuter Fall kurz erwähnt werden. An den Armen entwickelte sich am 20. August ein diskreter, papulöser Ausschlag und gleichzeitig ein papulöses Erythem an den Beinen. Nach 24 Stunden wurde der Ausschlag universell und nahm an den verschiedenen Körperteilen verschiedene Formen an. An den Armen blieb derselbe trocken und fing an zu schuppen. An den Beinen und dem Rumpfe entstand ein lebhaftes Secernieren und Anschwellen der Haut, welche an verschiedenen Stellen rissig wurde und schliefslich in grofsen Fetzen sich ablöste. Die Konjunktiven waren stark angeschwollen und sehr schmerzhaft. Die Temperatur schwankte in den ersten paar Tagen zwischen 37,2 und 37,7°, und der Kranke klagte über Durst, Appetitlosigkeit und Hinfälligkeit. Der Urin zeigte nichts Abnormes. Nach dem ersten Kreolinbade besserte er sich sofort, und diese Besserung hielt dann stetig an. In einem frühen Stadium traten Purpuraflecke an den Beinen hervor. Anfangs hatte er von der Spannung der Haut an den Unter- und Oberschenkeln viel zu leiden. Ein Recidiv trat 17 Tage nach dem ersten Anfange ein, aber er erholte sich gut im Laufe von 7—8 Wochen, wenn auch die Haut noch immer etwas gespannt und pergamentartig blieb.

Ausführliche Notizen über alle im Paddington Infirmary während des Jahres 1892 vorgekommenen Fälle sind in den klinischen Berichten des

Hospitals niedergelegt, und aufserdem wurde eine Tabelle, die hier nicht wiedergegeben zu werden braucht, mit folgender Einteilung angefertigt: 1. Name, 2. Alter, 3. Saal und Bett, 4. Datum des Kranheitsanfangs, 5. der zuerst befallene Körperteil, 6. Beschaffenheit des primären Ausschlages, 7. Fortschritte und Ausdehnung, 8. Typus (feucht oder trocken), 9. Art der Abschuppung, 10. sonstige beteiligte epidermoide Gewebe, 11. Recidive, 12. subjektive Symptome, 13. Temperaturen, 14. Zunge und Darmsymptome, 15. Anorexie oder Asthenie, 16. Urin, 17. Puls und Respiration, 18. andere Organe, 19. Datum der Genesung, 20. Art und Weise der Genesung, 21. Dauer des Primäranfalls, 22. Komplikationen und Folgeerscheinungen, 23. Behandlung und deren Wirkung, 24. Bemerkungen.

Übersicht der Fälle in Paddington im Jahre 1892.

Das Alter der von mir im Jahre 1892 im Hospital behandelten 14 Fälle betrug je 30, 38, 40, 42, 44, 50, 60, 60, 63, 66, 67, 70, 78 und 79 Jahre. Zwei von den Kranken waren, wie bereits erwähnt wurde, aufserhalb des Krankenhauses bei sich zu Hause von dem Leiden ergriffen worden, und von den restierenden zwölf erkrankten drei im Lazarett des Siechenhauses und neun in verschiedenen Räumen des „New Paddington Infirmary".

Was das Datum des Einsetzens der Affektion betrifft, so fingen zwei im Januar an, zwei im März, zwei im Mai, zwei im Juni, einer im August, drei im September, einer im Oktober und einer im November. Der Ausschlag begann an verschiedenen Körperteilen, meistens aber an den unteren Extremitäten, und zwar gewöhnlich als ein diskret papulöser, in Gruppen zusammengeordneter Ausschlag. Der eine Fall war nesselartig und einer erythematös.

Bei etwa der Hälfte der Fälle war die gesamte Hautoberfläche ergriffen. Ungefähr die Hälfte der Fälle zeigte den trockenen, die andere Hälfte den feuchten Typus. Alle Erkrankungen waren weniger heftig als die vom Jahre zuvor, und ein tödlicher Ausgang kam nur einmal vor bei einer 78jährigen Frau, welche an hochgradiger Störung im Herzgefäfssystem litt. Zwei Patienten, bei denen der Ausschlag eine grofse Ausdehnung aufwies, boten anfangs eine leichte Temperaturerhöhung dar; bei den anderen waren, abgesehen von Schwäche und Appetitlosigkeit, keine Allgemeinsymptome zu beobachten.

b) Fälle im Paddington Infirmary im Jahre 1893.

Im Jahre 1893 wurde Dr. T. E. Hillier mein Nachfolger als Medical Superintendent im Paddington Infirmary und hatte dabei Gelegenheit, sechs Fälle, welche sich unter den unter seiner Aufsicht stehenden Kranken ereigneten, zu beobachten. Dies entspricht einem ungefähren

Procentsatz von 0,6 Attacken gegenüber den 2 v. H. im Jahre 1892 und 19% im Jahre 1891.

Dank der Zuvorkommenheit Dr. Hilliers hatte ich Gelegenheit, einige dieser Fälle zu sehen und zu vergleichen. Die folgenden Details habe ich den von Dr. E. H. Snell, Medical Officer, mir freundlichst zur Verfügung gestellten Notizen entnommen. Derselbe teilte mir zugleich mit, dafs sich im zugehörigen Siechenhause auch einer oder zwei Fälle befanden, doch konnte er hierüber Aufzeichnungen nicht zur Verfügung stellen.

Das Alter dieser sechs Fälle betrug je 59, 65, 66, 73, 74 und 93 Jahre. Sie hielten sich alle im New Infirmary auf, als sie zuerst von der Krankheit befallen wurden. Zwei entstanden im Juni, einer im Juli, zwei im August und einer im September. Bei zweien entwickelten sich die Läsionen gleichzeitig an den Händen und Füfsen, bei einem an den Armen, ferner bei einem am Hals und an den Armen, bei einem an den Beinen und bei einem am Gesicht.

Bei allen traten zunächst Papeln hervor. Das ergriffene Gebiet war bei allen ein sehr grofses, aber bei keinem war die gesamte Hautoberfläche vollständig befallen. Zwei Fälle zeigten mehr oder weniger Sekretbildung; die übrigen vier gehörten dem trockenen, schuppenden Typus an. In allen anderen Beziehungen stimmten sie mit dem mäfsig intensiven Krankheitstypus überein. Sie klagten sämtlich über Anorexie und Abgeschlagenheit. Die Temperatur war bei vier Kranken subnormal und erhob sich überhaupt bei keinem über die Norm. Alle sechs zeigten Spuren von Albuminurie; bei dem einen Falle, einer 73jährigen Frau, hatte zuvor bereits ein Nierenleiden bestanden. Ein tödlicher Ausgang trat bei keinem dieser sechs Fälle ein. Einer von ihnen hatte die Hautkrankheit bereits im Jahre 1891 und dann wieder 1892 durchgemacht, und bei einem anderen war wenigstens ein leichter Anfall im Jahre 1892 konstatiert worden; die übrigen alle acquirierten das Leiden zum ersten Male im Jahre 1893.

c) Die Fälle im Fulham Union Infirmary im Jahre 1893.

Durch die Güte von Dr. William Steer, dem Medical Superintendent dieses Infirmary, bin ich in den Stand gesetzt, über drei von ihm behandelte, tödlich verlaufene Fälle im Alter je von 56, 58 und 74 Jahren zu berichten. Der eine entstand im Monat Juli, die anderen beiden im Oktober 1893.

William J., 58 Jahre alt, erkrankte im Juli an einem allgemeinen Erythem, das sich zu einer „ekzematösen Exsudation" steigerte, wobei die Epidermis in dünnen Fetzen sich ablöste. Seine Temperatur stieg zuerst auf 38,6°, blieb aber später normal. Er hatte Diarrhoe, Appetitlosigkeit und hochgradige Hinfälligkeit. Der Urin enthielt etwas Eiweifs. Er fing an zu delirieren, und nach 30 Tagen starb er im Koma trotz ausgiebiger Darreichung von Stimulantien. Die kranken Stellen waren mit einer Lösung von Sublimat (1 : 4000) behandelt worden.

James W., 74 Jahre alt, hatte am 7. Oktober ein papulöses Exanthem. Anfangs war dasselbe auf dem Rumpf lokalisiert und breitete sich späterhin über den ganzen Körper aus. Es hatte eine geringe Sekretion und eine ausgiebige Ablösung des Integuments im Gefolge. Die Temperatur stieg allmählich und erreichte am 12. des Monats 38,3°; sie blieb ein paar Tage hoch, ging aber darauf am 22. auf die Norm zurück. Es kam Delirium hinzu, darauf Koma, und am 31. Oktober trat der Tod ein.

Robert F. Mc K., 56 Jahre alt, erkrankte am 19. Oktober mit „ekzematösen" Flecken am ganzen Körper. Anfangs gab es eine starke Exsudation, bald aber wurde die Haut trocken und blätterte profus ab. Die Temperatur war ein wenig erhöht bis zum 23., worauf sie zur Norm zurückging und so bis drei Tage vorm Tode blieb. Dann kam Bronchitis hinzu, und die Temperatur stieg auf 38°. Zuletzt wurde er sehr schläfrig und starb komatös am 3. November.

Bei allen diesen Fällen war die Hautaffektion sehr intensiv. Dabei waren Appetitlosigkeit und Schwäche sehr ausgesprochen, und auch die Konjunktiven waren beteiligt. Bei allen drei Patienten war die Temperatur zeitweilig etwas erhöht, und bei allen war Albuminurie nachzuweisen.

Dr. Steer sagte mir, dafs dies die einzigen Fälle waren, die im Jahre 1893 in seinem Hospital vorkamen.

d) Ausbruch im Bethnal Green Workhouse im Jahre 1893.

Dr. John Knox, Medical Officer of the Workhouse, hatte die Freundlichkeit, mir mehrfach die Gelegenheit zu geben, diese Fälle zu beobachten, und er war auch so gut, mir Notizen über die Hauptzüge der Epidemie zu Gebote zu stellen.

In den verschiedenen Sälen kamen während der Zeit vom 4. Mai bis zum 10. Juni 1893 86 Fälle vor, 45 männliche, 41 weibliche. Vorher und nachher wurden keine Erkrankungen beobachtet; es ist also zu bemerken, dafs die Epidemie während der kurzen Zeit ihrer Dauer (fünf und eine halbe Woche) in Bezug auf die Zahl der Fälle eine recht heftige war. Die Zahl der in dieser Zeit dem Kontagium ausgesetzten Personen betrug annähernd 836 (454 männliche, 382 weibliche). Somit entsprach die Anzahl der Erkrankten einem Procentsatz von 4 v. H. — Von den 86 Fällen starben fünf an den unmittelbaren Folgen der Krankheit (drei Männer, zwei Frauen), was eine Mortalität von 5,8% repräsentiert. Die gewöhnlichen Ausgangsstellen waren die Handgelenke und die Vorderarme. Universell wurde der Ausschlag etwa bei dem vierten Teile der Fälle. Eine geringe Temperaturerhöhung sah man meistens bei dieser allgemeinen Beteiligung der ganzen Haut. Die wesentlichsten Allgemeinerscheinungen waren Appetitlosigkeit, Erbrechen und Diarrhoe. Die direkten Ursachen des letalen Ausgangs waren Bronchitis (ein Fall), Marasmus (zwei Fälle) und Koma (zwei Fälle). Die meisten Patienten standen im mittleren oder höheren Lebensalter, aber einmal kam die Krankheit bei einem jüngeren Individuum, einem 14jährigen Mädchen, vor, bei dem sie aber gelinde verlief. Die Durchschnittsdauer des Anfalls betrug ungefähr zwei Monate. Alle interne

Behandlung schien vergeblich zu sein, aber blande äufsere Mittel linderten den Juckreiz erheblich.

Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, dafs diese Fälle genau mit der von mir im Jahre 1891 beschriebenen Krankheit übereinstimmten, aber der durchschnittliche Charakter der Affektion war unbedingt beträchtlich gelinder. Die durchschnittliche Dauer war ungefähr die gleiche, aber nur ein Viertel der Patienten zeigte eine universelle Verteilung des Ausschlags über die ganze Körperoberfläche gegenüber diesem Verhalten bei der Hälfte meiner Kranken. Das Verhältnis der Attacken war nur 10% gegen meine 19%, und die Sterblichkeit betrug nur 6% gegenüber meinen 13%. Somit waren sowohl die Verhältniszahl der Fälle mit einem allgemeinen Ausschlag, das Verhältnis der Erkrankungen und der Procentsatz der Sterbefälle thatsächlich halb so grofs, wie die entsprechenden Zahlen in den von mir im Jahre 1891 behandelten Krankenserien; mit anderen Worten, die 1893er Epidemie in Bethnal Green war nur halb so heftig, wie die 1891er Epidemie in Paddington.

Abschnitt II.

Obgleich die Krankheit unter gewissen Bedingungen ohne Zweifel kontagiös[4] und epidemisch ist, so tritt sie dennoch nicht selten sporadisch auf.

Sporadische Fälle.

Im vorigen Abschnitte habe ich nur die Epidemien besprochen, welche seit dem, wie man sagen könnte, Jahre der grofsen Epidemie, 1891, entstanden sind. Es ist aber von der gröfsten Bedeutung, die Thatsache hervorzuheben, dafs die Krankheit auch sporadisch vorkommen kann sowohl in Bezug auf die Lokalität, als auch das Fehlen einer präexistierenden Quelle der Infektion.

In meinem Berichte vom Jahre 1891 erwähnte ich[5] die Thatsache, dafs einer der 163 Patienten im Paddington Infirmary uns mit bereits vollständig entwickeltem Ausschlag zugebracht wurde, doch habe ich bisher den Verlauf dieses Falles noch nirgends beschrieben.

W. B., 61 Jahre alt, wohnte in der westlichen Hälfte Londons, etwa eine Viertelmeile ($^3/_8$ km) oder mehr von dem Hospital entfernt, als ungefähr am 18. Juni das Leiden bei ihm, zunächst hinter den Ohren, auftrat. Er wurde am 20. Juni 1891 im Krankenhause aufgenommen. Im Verlaufe von wenigen Tagen ergriff der Ausschlag die Arme, Beine, den Kopf und späterhin die ganze Körperoberfläche. Anfangs war die Sekretion recht erheblich, doch trat an deren Stelle bald die charakteristische Ablösung des Integuments. Nach 7—8 Wochen war er wieder besser, indessen erfolgte bald ein Recidiv, das mit hochgradiger Conjunctivitis kompliciert war. Dreizehn Wochen später war er wieder gesund. Nachher fielen ihm die Haare aus, und er war fast ganz kahl. Bei diesem Falle stieg die Temperatur bei mehreren

Gelegenheiten ein wenig über die Norm (37,2—37,8°), doch litt er weder an Marasmus noch Erbrechen oder Diarrhoe.

Die Wohnung dieses Patienten lag, wie man sieht, eine ziemliche Strecke vom Krankenhause entfernt, und trotz eingehender Nachforschungen, welche ich damals zum Nachweis irgend einer etwaigen Quelle der Ansteckung anstellte, war kein Zusammenhang nachzuweisen. Der Fall war offenbar rein sporadisch entstanden.

Im Anfang des Jahres 1892 erhielt ich Berichte über mehrere sporadische Fälle, welche mir von Kollegen freundlichst mitgeteilt wurden.[6] Einer dieser Fälle aus der Praxis von Dr. William Cock ist im *Brit. med. Journ.* vom 9. Januar 1892, pag. 68, veröffentlicht. Ein zweiter Fall wurde von Mr. Turner in der Harveian Society am 17. Januar 1892 vorgestellt.

Zwei von den im Jahre 1892 im Paddington Infirmary an der Krankheit behandelten 14 Patienten hatten vor der Aufnahme im Hospital das Leiden bereits zu Hause acquiriert. Diese beiden Patienten hatten dasselbe bereits im Jahre 1891 durchgemacht.

Ferner wird ein von Dr. Evans behandelter sporadischer Fall im *Brit. med. Journ.* vom 9. Januar 1892, pag. 56, erwähnt.

Im Herbste 1892 sah ich bei Gelegenheit einer Konsultation mit Dr. Thorsby Jones einen im westlichen Teile von London wohnenden Knaben im Alter von zehn Jahren. Derselbe war drei Wochen zuvor von einem Ausschlag befallen worden, welcher zunächst als rote „Knötchen" (pimples) gruppenweise sich erst auf dem rechten, dann auf dem linken Oberschenkel mehr oder weniger symmetrisch entwickelt hatte. Die Haut war einen bis zwei Tage lang „schorfig" (flaky) gewesen, und der Ausschlag dehnte sich auf die anderen Extremitäten und auf einige Stellen am Rumpfe aus; schliefslich war fast die gesamte Körperoberfläche mit Ausnahme des Rückens afficiert. Wie Dr. Jones mir mitteilte, war die Temperatur während der ersten zwei Tage beinahe auf 37,8° gestiegen, war aber seitdem stets normal geblieben. Im Anfangsstadium war das Kind ein bifschen schläfrig und apathisch gewesen und hatte eine deutliche Verminderung des Appetits gezeigt, war aber nicht bettlägerig gewesen. Seitdem ist das Allgemeinbefinden ein gutes gewesen; er war immer auf, ging umher, hat aber die Schule während dieser Zeit nicht besucht.

Als ich ihn sah, fand ich an der Vorderfläche der Oberschenkel noch einige im Verschwinden begriffene Papeln, und die Haut war an dieser Stelle noch ein wenig verdickt. Sonst war dieselbe überall etwas kleiig und schuppend, und die Epidermis der Hände und Füfse war hart, pergamentartig und löste sich in grofsen Flatschen ab.

Trotz sorgfältiger Nachfrage war unter seinen zahlreichen Geschwistern, Spielkameraden, Schulgenossen oder den im Hause verkehrenden Freunden irgend eine Hautkrankheit nicht nachzuweisen. Bei diesem Falle dauerte die Krankheit im ganzen ungefähr fünf Wochen.

Ein paar Tage, ehe ich ihn sah, d. h. drei Wochen nach dem Beginne seiner Krankheit, hatte sein kleiner, fünfjähriger Bruder über ein mäfsiges Unwohlsein geklagt, und gleichzeitig trat ein ganz und gar ähnlicher Ausschlag an seinem Kinn hervor.

Im November 1892 konsultierte mich eine 30jährige Frau wegen Furunkel. Sie gab eine sehr präcise Anamnese über einen drei Monate zuvor während eines Aufenthaltes in Paris entstandenen Ausschlag, dem eine sehr ausgiebige Abschuppung gefolgt war. Als ich sie sah, zeigte die Haut die schuppende Beschaffenheit, wie sie

während der Rekonvalescenz von der hier beschriebenen epidemischen Hautkrankheit vorkommt. Furunkel kamen übrigens auch bei einigen der 1891er Fälle im späteren Verlaufe vor.

Die Bedingungen, unter denen die Krankheit epidemisch auftritt.

Eine Betrachtung aller der Fälle, die ich bisher durch eigene Anschauung oder aus den Berichten anderer Forscher kennen gelernt habe, annähernd 600 im ganzen, scheint darauf hinzuweisen, dafs die Krankheit nur unter gewissen Bedingungen kontagiös oder epidemisch auftritt. Als die Hauptbedingungen, welche die Kontagiosität bedingen, sind folgende zu nennen:

1. Eine Prädisposition der dem Kontagium ausgesetzten Personen infolge hohen Lebensalters oder geschwächter Lebenskraft.

Dieses Verhalten ist bereits an anderer Stelle ausführlich besprochen worden. (Monographie 1891).

2. Das Beisammensein mehrerer mit der Krankheit behafteter Patienten an einer und derselben Stelle, wodurch, wie es scheint, eine Konzentration des Giftes bewirkt wird. Wenigstens schien die Affektion sich unter solchen Verhältnissen sehr rapide weiter auszubreiten.

3. Gewisse, noch nicht aufgeklärte, durch die Jahreszeit und Witterung bedingte Verhältnisse. Fast alle die bisher beschriebenen Fälle entstanden in der Zeit vom Mai bis November, also in den Sommer- und Herbstmonaten, und es ist die Neigung zum Weitergreifen des Leidens in jener Zeit eine ganz deutliche. Soviel wenigstens steht fest.

Nicht unwichtig ist die Beobachtung, dafs im Jahre 1891 sich im Paddington Infirmary and Workhouse 163 Fälle ereigneten, während im Jahre 1892 nur 14 und im Jahre darauf 6 Fälle vorkamen; man könnte denken, dafs die Epidemie mit gewissen meteorologischen Verhältnissen im ersteren Jahre in ursächlichem Zusammenhange stand. Dabei darf man aber nicht aufser acht lassen, dafs im Bethnal Green Workhouse im letzten Jahre (1893) 86 Fälle während eines sehr kurzen Zeitraumes entstanden zur Zeit, als in Paddington nur ganz wenige Fälle vorkamen.

Was die übrigen erforderlichen Prämissen betrifft, ist bis jetzt keine sehr zuverlässige Auskunft zu beschaffen gewesen. In Anbetracht der Thatsache, dafs im Jahre 1891 die Krankheit sich bei uns in Paddington von einem Saale zum anderen mit grofser Schnelligkeit ausbreitete, kann man darauf schliefsen, dafs die zur Vermittelung der Infektion nötige Nähe offenbar keine sehr enge zu sein braucht; andererseits kann man dieser Beobachtung nicht allzugrofsen Wert beimessen, da ein Versuch zur Abschliefsung der Kranken nicht gemacht und durch Ärzte und Pflegerinnen immer ein unbeeinträchtigter Verkehr zwischen den Sälen fortgesetzt wurde. Dagegen spricht die schnelle Ausbreitung des Leidens

im Bethnal Green Workhouse, wo 86 Personen in verschiedenen Räumen der Anstalt in der kurzen Zeit von 5½ Wochen ergriffen wurden, trotzdem dort eine gewisse Isolierung obligatorisch durchgeführt wurde, entschieden dafür, dafs die Affektion durch eine nicht unbeträchtliche Entfernung hin sich ausdehnen kann.

Abschnitt III.

Die ursprünglich im Jahre 1891 beschriebenen Fälle waren hauptsächlich wegen ihres auffallend schweren Verlaufs ausgewählt worden. Sehr viele Erkrankungen unter der ersten Serie und die meisten der später zur Beobachtung gelangenden Kranken zeigten einen viel milderen, manchmal sogar einen ganz rudimentären Verlauf. Namentlich war dies bei jugendlichen Personen der Fall.

Bei den 1891er Fällen war schon eine ausgesprochene Abstufung in der Intensität der Krankheit zu konstatieren, und wären sie nicht alle um dieselbe Zeit und als eine vollständige Stufenreihenfolge vorgekommen, so würde es entschieden schwer gehalten haben, sie alle als gleichartig zu diagnosticieren. Diese Umstände aber im Verein mit dem regelmäfsigen Vorhandensein der Abschuppung und des cyklischen Verlaufes setzten uns in den Stand, die Identität des Leidens mit Bestimmtheit zu erkennen.

Einer der Fälle des Jahres 1891 betraf ein vierjähriges Kind. Dasselbe befand sich wegen Bronchitis im Hospital, und am 10. August erkrankte es mit einigen nicht umränderten, roten Flecken auf dem Halse, worauf einige Tage später sich auch einige auf der Brust, dem Abdomen und den Achselhöhlen einstellten. Sie hatten eine leichte Abschuppung, aber ohne irgend welche vorherige Sekretbildung oder Bläschenstadium im Gefolge. Dieser Kranke war nach drei Wochen wieder gesund. Er hatte im ganzen höchstens sechs Stellen gehabt, die alle nicht viel gröfser als etwa ein Fünfmarkstück waren, und die ganze Affektion verursachte ihm durchaus keinerlei Beschwerden.

Die eben erwähnten Fälle aus der Praxis von Dr. Evans und Dr. Thorsby Jones können auch als gelindere Erkrankungen bezeichnet werden, — solche Patienten dürfte man in der Poliklinik eines jeden beliebigen Hospitals anzutreffen erwarten. Und schliefslich zeigten eine grofse Anzahl der Fälle, welche ich im Bethnal Green Workhouse während des vergangenen Jahres sah, einen ganz gelinden Typus; der Ausschlag neigte zwar zur Symmetrie, war aber verhältnismäfsig spärlich und bereitete den Kranken nur wenige oder gar keine Beschwerden.

Die Krankheit ist nicht selten und kann sehr leicht, namentlich bei den milden Formen, mit Ekzem oder Psoriasis verwechselt werden.

Diagnose. Auf den vorhergehenden Seiten und auch in verschiedenen, den Gegenstand behandelnden Veröffentlichungen ist von den mehr als 500 zählenden Fällen die Rede gewesen, welche, wie wir wissen, in den Jahren 1891, 1892 und 1893 entstanden sind. Diesen Zahlen gegenüber kann man unmöglich die Affektion als selten bezeichnen, und in Anbetracht der in manchen Jahren vorgekommenen Mortalität muſs dieselbe entschieden als eine ernste betrachtet werden. Überdies erscheint es höchst wahrscheinlich, daſs noch viele andere epidemische und auch sporadische Fälle bereits mitgeteilt worden wären, wenn die Krankheit schon in weiteren Kreisen bekannt gewesen wäre.

So hat z. B., bald nachdem die Aufmerksamkeit der Kollegen im November 1891 auf den Gegenstand hingelenkt worden war, Mr. Jonathan Hutchinson einen Bericht erhalten über eine im Greenock Parochial Asylum fünf Jahre früher vorgekommene Epidemie, welche aller Wahrscheinlichkeit nach von ähnlicher Art war, wie die jetzt besprochene.[7] Dr. F. A. Elkins, in dessen Behandlung die Patienten sich damals befanden, hat seitdem die Details von jenem Ausbruch publiciert.[8]

Bei jener Gelegenheit boten etwa 50 Patienten den Ausschlag und auch die anderen Symptome des Leidens dar. Mehrere leichte Erkrankungen kamen auch beim Pflegepersonal und auch bei der Oberin, sowie bei Dr. Elkins selber vor. „Die Art des Ausschlags war keineswegs immer die gleiche, sondern einige Fälle waren ekzematös, während andere mehr an Psoriasis erinnerten.“ Ferner sagt er, daſs der nässende Typus bei dieser Gelegenheit der häufigere gewesen sei, und daſs die begleitende Schwäche, Mattigkeit und Apathie sehr ausgesprochen gewesen seien. Die befallenen Personen waren meistens alt und schwächlich. Etwa 5% starben an den unmittelbaren Folgen der Krankheit, abgesehen von einigen Patienten, welche an anderen Störungen verschieden, ehe das Hautleiden abgeheilt war.

Im März 1893 schickte mir Dr. Geoffrey Prance in Edinburg freundlichst einen Bericht über zwei Fälle, welche sämtliche Symptome der Epidemic Skin Disease aufwiesen. Dieselben waren vor einigen Jahren im General Hospital zu Cheltenham vorgekommen, als er dort ansässig war.

Wie ich höre, sind auch in anderen Ländern eine Reihe von Fällen publiciert worden. Ich hoffe, daſs meine Kollegen anderer Nationalität meine aufrichtige Entschuldigung acceptieren werden dafür, daſs ich aus Mangel an Zeit und aus Unkenntnis ihrer Sprache ihren Veröffentlichungen nicht habe Gerechtigkeit widerfahren lassen können.

Diagnose des Initialausschlags.

Aus den Berichten über die Fälle des Jahres 1891 geht hervor, dafs der Ausschlag während des Anfangsstadiums des Leidens mehrere verschiedene Bilder darbieten kann: 1. ein diskret papulöses Exanthem; 2. ein papulöses Erythem; 3. ein makulöser oder flatschiger Ausschlag; 4. ein ringförmiger Ausschlag wie bei Herpes tonsurans.

Jede der vier Abarten des Primärausschlags sieht man in durchaus nicht gleicher Häufigkeit. Von den 163 ersten Fällen begannen nur sechs in Ringen und 14 als Maculae. Bei der grofsen Mehrzahl waren entweder diskrete Papeln oder ein papulöses Erythem die ersten Läsionen. Meine ganzen nachherigen Erfahrungen mit dieser Krankheit haben mich in meiner Meinung bestärkt, dafs die papulöse Anfangsart bei den leichteren, gemäfsigten Fällen (wie in der beigegebenen Abbildung dargestellt s. Tafel) bei weitem am häufigsten vorkommt, während das Erythem bei den heftigen Fällen am öftesten auftritt. Ich habe, wie gesagt, Gelegenheit gehabt, mehrere in der Privatpraxis der Herren Kollegen vorgekommene Fälle zu beobachten. Dieselben waren gröfstenteils sporadisch; dabei handelte es sich um jüngere Personen mit viel leichteren Erkrankungen als bei den meisten meiner Krankenhausfälle, und die Allgemeinerscheinungen waren gering oder fehlten wohl auch gänzlich. Bei fast allen diesen Patienten bestand der anfängliche Ausschlag aus kleinen, diskreten Papeln, welche wie Sternbilder in Gruppen zusammengefügt waren. Bei allen trat im weiteren Verlauf die übliche Ablösung der Epidermis ein, aber im Anfang bestand der Ausschlag aus Gruppen von Papeln, und ich bin dazu gelangt, diese Art von Ausschlag als die häufigste Art des Beginnes der Affektion zu erachten.

Aufserdem habe ich unter den Hospitalskranken im Jahre 1892 noch eine weitere Art des Primärausschlags angetroffen — eine Art von kleiigem Erythem ohne Papeln. Unter anderen war dies bei einem 38jährigen Manne, Michael Joy, zu beobachten. Derselbe war in der ersten Septemberwoche 1892 im Paddington Infirmary aufgenommen und klagte über ein Brennen oder Jucken („itchiness") an der Stirn und auch anderswo. Während 2—3 Tage war nichts weiter zu bemerken. Dann erschien auf der Stirn und an einigen anderen Stellen eine blasse, schuppige Rötung in Gestalt von stumpf geränderten Flecken mit geringer oder gar keiner Erhöhung über das umgebende Niveau. Diese erythematöse Rötung breitete sich bald über den ganzen übrigen Körper aus. Manchmal war dieselbe an den Gelenkbeugen ein wenig feucht, meistenteils aber war sie trocken, Schuppenbildung war gleich von Anfang an zu bemerken, und schliefslich entwickelte sich ein kleienförmiges Abschilfern. Der Ausschlag besserte sich nicht auf Kreolinbäder, dagegen trat nach dem Gebrauch von Ichthyol und Teerseife eine schnelle Besserung ein. Der ganze Verlauf war von

milder Art, und die Haut war nach 5—6 Wochen wieder vollkommen gesund. Fieber war niemals zu konstatieren; der Urin war normal, und aufser dem Juckreiz an der Haut hatte der Patient nichts weiter zu klagen.

Solche schuppende Erytheme kamen nicht ganz selten vor. Im Jahre 1892 fingen viele Fälle auf ähnliche Weise an. Somit kann sich der Ausschlag in nicht weniger als fünf verschiedenen Formen äufsern. Soweit sich meine eigene Erfahrung erstreckt, folgen sie, der Häufigkeit nach geordnet, folgendermafsen aufeinander:

1. Diskrete Papeln, gewöhnlich in Gruppen zusammengestellt.
2. Ein hyperämischer oder erythemato-papulöser Ausschlag (welcher gewöhnlich auf einen schweren Verlauf schliefsen läfst).
3. Ein schuppiges, gewöhnlich in Flatschen auftretendes Erythem (welches meistens einem milderen Anfall vorhergeht).
4. Erhabene Maculae, welche nachher konfluieren und Ähnlichkeit mit Urticaria haben.
5. Flache, ringförmige Papeln, welche sich peripher erweitern und Ringe mit blassem, eingesunkenem Zentrum bilden.

Die Krankheit ist in den Anfangstadien der Behandlung am meisten zugänglich, und da dieselbe zweifelsohne, wenn auch vielleicht nur in geringem Grade, kontagiös ist, so scheint es wichtig, dieselbe womöglich gleich im Anfang zu erkennen.

Ich bin allmählich dazu gekommen, alle papulösen Ausschläge, namentlich bei gruppenweiser Verteilung, mit argwöhnischen Augen zu betrachten und eingehend nach den möglichen Quellen der Infektion mich zu erkundigen. Von Belang ist es ferner, bei solchen Fällen auf den Beginn der Abschuppung oder Hautablösung zu achten, denn dieselbe tritt mit Sicherheit nach ein paar Tagen ein. Späterhin mufs man sich den Zeitpunkt merken, wann der Ausschlag abzublassen anfängt.

Interessant ist es ferner, zu bemerken, mit einer wie grofsen Zahl von verschieden benannten Hautkrankheiten dieses Leiden in seinen Anfangsstadien verwechselt werden könnte und wahrscheinlich verwechselt worden ist. Durch den späteren Verlauf läfst sich dasselbe aber ganz deutlich unterscheiden.

Differentialdiagnose vom Ekzem.

Diese eigentümliche Erkrankung, die in ihren Anfangsstadien so proteusartig auftritt, bietet verschiedene Momente der Übereinstimmung mit manchen anderen Affektionen dar. Es ist unmöglich, bei dieser Gelegenheit genauer auf die Differentialdiagnose von der unzähligen Menge Krankheiten, welche dieses Leiden im Anfang nachzuahmen im stande ist, einzugehen. Immerhin erscheint es aber geboten, die Unterscheidungsmerkmale anzuführen, welche dasselbe, wie uns die späteren Erfahrungen bestätigt haben, vom Ekzem differenzieren lassen; denn mit dieser Ano-

malie hat es, abgesehen von den bekannten Erscheinungen des epidemischen Auftretens, der Exfoliation und des cyklischen Verlaufes, die gröfste Ähnlichkeit.

Ekzem.	Epidemische Hautkrankheit.
1. Befällt jegliches Lebensalter, die Kinder sind sehr dazu disponiert.	1. Kinder sind fast immun, alte Leute neigen besonders dazu.
2. Die Gicht ist ein ausgesprochenes prädisponierendes Moment.	2. Die Gicht bedingt keine Prädisposition.
3. Allgemeinstörung immer mäfsig, nie mit tödlichem Ausgang verbunden.	3. Allgemeinstörung öfters hochgradig, Exitus letalis nicht ausgeschlossen.
4. Es werden eingetrocknete Borken abgestofsen, aber die Ablösung des Integuments ist keine prominente Erscheinung der Krankheit. Verdickung der Haut fehlt oder ist gering.	4. Die Ablösung der Epidermis ist ein konstantes Symptom; sie kann auch an Stellen auftreten, welche keinen Ausschlag zuvor darboten. Hautverdickung in der Regel vorhanden.
5. Sekretbildung beinahe immer vorhanden.	5. Sekret kann gering sein, vorübergehend oder vollständig fehlend.
6. Atypischer Verlauf.	6. Ziemlich cyklischer Verlauf.
7. Hat bisher nicht für kontagiös oder epidemisch gegolten.	7. Ist unter gewissen Bedingungen ohne Zweifel kontagiös und epidemisch.

Differentialdiagnose von Pityriasis rubra.

In seinen frühen Stadien wird die in Rede stehende Krankheit nicht wohl mit der von Hebra, Willan und Wilson beschriebenen Pityriasis rubra verwechselt werden. Indessen zeigt die Haut bei den schweren Formen des trockenen Typus dieser epidemischen Hautkrankheit in den Spätstadien eine sehr accurate Ähnlichkeit mit der Beschaffenheit der Haut bei Pityriasis. Trotzdem sind die beiden Krankheiten in ihrem Verlaufe und ihrer Entwickelung fundamental verschieden. Bei sämtlichen Patienten mit der epidemischen Hautkrankheit, abgesehen von den tödlich verlaufenen Fällen, nahm die Haut nach einer entsprechenden und leidlich genau absehbaren Zeit ihre normale Beschaffenheit wieder an, während die Pityriasis rubra äufserst chronisch verläuft und von unbegrenzter Dauer ist.

Abschnitt V.

Die seither mit dem Sekret angestellten bakteriologischen Untersuchungen haben noch keine absolut charakteristischen

Mikroorganismen isolieren lassen. Dies ist gröfstenteils der Verunreinigung mit Staphylokokken zuzuschreiben.

Während der Epidemie im Jahre 1891 hatte ich Gelegenheit, einige Experimente mit dem von verschiedenen akuten Fällen stammenden Sekret anzustellen.[9] Es fand sich dabei konstant ein dem Staphylococcus albus in mancher Beziehung ähnlicher Mikroorganismus, doch war derselbe von letzterem insofern verschieden, als er immer in Diplokokkenform vorkam, Gelatine nicht oder wenigstens nicht innerhalb mehrerer Tage verflüssigte und auch einige Abweichungen in Bezug auf Gestalt, Farbe und Dicke der Kulturen, welche dünn und von einer etwas durchscheinenden, bläulich-weifsen Farbe waren, aufwies. Wenn der Staphylococcus albus gleichzeitig vorhanden war, liefs derselbe sich durch Plattenkulturen isolieren. Dr. J. Risien Russell hat im Laufe von Untersuchungen, welche ganz unabhängig von den meinigen ausgeführt wurden, den gleichen Organismus im Blute und in der Haut entdeckt.

Weitere Nachforschungen über die pathogenen Eigenschaften dieses Mikrobions konnten wir zu jener Zeit, mit Ausnahme eines einzelnen Experimentes, nicht anstellen. Ein von Dr. Klein geimpftes Kaninchen zeigte Schilfern und Rötung der Ohren und starb am zwölften Tage. Nachher stellte Dr. Russell den charakteristischen Diplococcus aus dem Blute dar und züchtete auch Kulturen desselben.

Im Jahre 1892 hatte Herr J. J. Clark die Güte, etwas Blut, das dem linken Ventrikel beim einzigen letalen Falle im Paddington Infirmary entnommen war, zu untersuchen, doch gelang es ihm nicht, irgend welche Kulturen zu erzielen. Es handelte sich um eine 78jährige Frau, bei der das Leiden einen sehr langwierigen Verlauf nahm oder vielmehr sehr oft recidivierte, und die Kranke starb erst sechs Monate nach der ersten Erkrankung. Es ist zweifelhaft, ob das Hautleiden die direkte Todesursache wirklich abgab, und der Fall war demnach nicht gerade für die Untersuchung eigentlich recht geeignet. Vielmehr waren es die akuteren Fälle des Jahres 1891, welche mir meine Kulturen geliefert hatten. Ich glaube aber, dafs ich unbemerkt etwas Sublimatlösung beim Sterilisieren in dem Kapillarröhrchen hatte zurückbleiben lassen.

Im Jahre 1893 konnte ich dank dem Entgegenkommen von Dr. Knox von drei der Fälle im Bethnal Green Infirmary, welche um jene Zeit sich schon im Stadium der Rückbildung befanden, etwas Exsudat sammeln. Zwei von diesen Fällen ergaben nur Kulturen von Staphylococcus albus und aureus; aber von dem dritten bekamen wir eine Züchtung, welche wenigstens zwei offenbar verschiedene Bakterien enthielt, von denen der eine der Staphylococcus albus und der andere dem von mir gesuchten Diplococcus ähnlich war. Es wollte mir aber trotz länger fortgesetzter Kulturenreihen durchaus nicht gelingen, sie zu trennen.

Histologie.

Bei den hochgradigen und letal verlaufenden Fällen fand sich im Derma eine ungeheure Menge von äufserst gefäfsreichem, neu gebildetem, fibrösem Gewebe, sowie andere Veränderungen, welche anderswo bereits abgebildet und beschrieben worden sind.[10]

Dr. H. J. Pieffard in New York, der die Güte hatte, meine mikroskopischen Präparate einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen, hat darauf aufmerksam gemacht, dafs „sich im Rete mucosum eine Entartung der Kerne findet, wodurch ein Bild entsteht, wie das von manchen Autoren als Psorosperme gedeutete", und er hat auch eine „ausgesprochene Aktivität und auch Prominenz des Stratum granulosum" bemerkt. Er war auch so freundlich, mir einige wunderschöne Photographien zu schicken.

Abschnitt VI. — Therapie.

Die wirksamste Behandlungsweise ist die mittelst Kreolinbädern. Nicht nur gewähren dieselben dem Patienten Linderung von dem intensiven Juckreiz, sondern es wird dadurch zugleich das Leiden nach rationellen und wissenschaftlichen Grundsätzen behandelt. Diese Therapie hat sich sowohl bei frischen als auch bei chronischen Fällen selbst nach dem Fehlschlagen vieler anderer Mittel erfolgreich bewährt. So wirkungsvoll sind diese Bäder, dafs meines Erachtens die Epidemie des Jahres 1892 durch dieses Mittel geradezu an einer weiteren Ausbreitung verhindert wurde.

Bereitet wird das Bad mit etwa 67 l von angenehm erwärmtem Wasser (etwa 35° C.), dem 1¼ l einer 1%igen Kreolinlösung zugesetzt werden. Der Kranke nimmt täglich einmal ein solches Bad, bei sehr schweren Fällen giebt man es zweimal täglich. Die Dauer desselben soll etwa 20 Minuten betragen. Am besten wird es abends genommen; der Patient wird nachher sanft abgetrocknet und kommt sofort ins Bett. Je frühzeitiger das Krankheitsstadium bei Anwendung des Bades, desto wirksamer scheint das Mittel zu sein. Es sind auf diese Weise sehr viele Kranke behandelt worden. Die folgenden, in den Jahren 1892, resp. 1893 behandelten Fälle mögen als Beispiele angeführt werden.

William Tapping, 57 Jahre alt, war ursprünglich wegen eines Beingeschwüres und wegen einer intensiven Attacke der Dermatitis während der Epidemie des Jahres 1891 in Behandlung, genas aber schliefslich vollständig. Im Mai 1892, als wiederum ein paar Krankheitsfälle vorkamen, wurde er zum zweiten Male, und zwar wieder heftig, ergriffen. Beide Male handelte es sich um die Abart, welche ich als „Dermatitis sicca" bezeichnet habe. Anfangs wurde eine 1%ige Kreolinsalbe, mit Lanolin und Wasser zubereitet, gebraucht; der Juckreiz wurde zwar dadurch gelindert, aber die Läsionen auf der Haut verschlimmerten sich stetig, und bald war die ganze Körperoberfläche involviert. Nach Verlauf von

vierzehn Tagen wurde ihm tägliches Baden in Kreolinwasser verordnet, worauf sofort eine Besserung eintrat. Am 3. Juni war die neue Haut infolge des Abblätterns so wund, dafs es angebracht erschien, die Bäder durch die Kreolinsalbe zu ersetzen. Sehr bald aber verschlimmerte er sich, und einzelne Stellen, welche ganz wieder abgeheilt waren, z. B. der Rücken, recidivierten nunmehr. Drei Wochen später wurden ihm wieder tägliche Bäder verschrieben. Sofort fing er an, sich zu bessern, und im Laufe von 14 Tagen war er wieder ganz gesund. Bei diesem Falle trat also bei zwei verschiedenen Gelegenheiten sofort eine wesentliche Besserung ein, sobald die Bäder gegeben wurden. Die innerliche Behandlung (Mixt. Mag. carbon. c. Mag. sulph.) und alle die umgebenden Verhältnisse blieben dabei genau die nämlichen.

Henry Walker, 64 Jahre alt, war ursprünglich wegen Morbus coxae aufgenommen und lag im Bett neben William Tapping. In allen wesentlichen Einzelheiten waren sich diese beiden Fälle ganz ähnlich. Während seiner 1892er Erkrankung wurden die Bäder wegen der bei jeder Bewegung entstehenden Schmerzen an den Hüften einmal ausgesetzt. Darauf verschlimmerte er sich sofort; als aber die Bäder wieder aufgenommen wurden, erholte er sich schnell und ohne weitere Unterbrechung.

John Woodcock, 48 Jahre alt, war ursprünglich wegen Gallensteinkolik und Choroiditis aufgenommen und hatte ebenfalls im Jahre 1891 eine sehr schwere Attacke durchgemacht. Trotz verschiedentlicher Behandlung mit Arsenik innerlich, Zink, Galmei, Kreolinsalbe, Unnaschem Leim von Zinkoxyd u. s. w. traten mehrmals Recidive ein, und schliefslich folgte auf die Krankheit eine chronische Dermatitis an beiden Armen von einer acht- bis neunmonatlichen Dauer. Zur Zeit der Epidemie im Jahre 1892 verschlimmerte er sich erheblich, worauf er dann konsequent mit täglichen Kreolinbädern sechs Wochen lang bis zu seiner schliefslichen vollständigen Genesung behandelt wurde.

Kreolinsalbe ($1^1/_2$ und 2%ige mit etwa gleichen Teilen Lanolin und Wasser verrieben) schliefst sich in Bezug auf Wirksamkeit, namentlich bei der Anwendung in den allerersten Stadien, unmittelbar den Kreolinbädern an. Bei dem einen oder anderen Falle konnten wir, wie ich bereits angedeutet habe, annehmen, dafs eine weitere Ausbreitung des Leidens durch dieselbe verhindert wurde. Bei jenen sehr heftigen „nässenden“ Fällen, wo es sich um weite Gebiete einer exkoriierten, lebhaft secernierenden Hautoberfläche handelte, schien die Salbenform mehr lindernd und passender zu sein, als die Bäder; aber die gute Wirkung der Bäder war auch in diesen Fällen oft eine ganz überraschende.

Ichthyol- und Teerseife wurde bei vier der Paddingtoner Fälle des Jahres 1892 verordnet und hatte bei drei derselben eine entschiedene Besserung zur Folge. Bei zwei dieser Patienten waren anfangs die

Kreolinbäder mit nur wenig Erfolg gegeben worden; sobald aber die Ichthyol- und Teerseife angewandt wurde, machten sie schnelle Fortschritte. Einmal wurde auch Kreolinseife mit Nutzen gebraucht.

Liquor Carbonis detergens (4,0 auf 500,0) mit oder ohne Zusatz von Galmei, erwies sich als nützlich bei einigen mehr chronischen Fällen, und namentlich bei einem im Jahre 1892 behandelten Falle (George Skinner, 55 Jahre alt) trat bei der Anwendung dieses Mittels Besserung ein, nachdem viele andere Verordnungen fehlgeschlagen hatten.

Karbollösung (1 : 50 oder 100) war bei akuten Fällen sowie bei den meisten Fällen von „Dermatitis humida" entschieden schädlich, jedoch konnte man zuweilen damit bei ganz frühzeitiger Anwendung vor der Entwickelung von Bläschen Nutzen schaffen. Auch ertrugen zuweilen chronische trockene Fälle dieselbe gut.

Um den Juckreiz, über den alle Patienten zu klagen hatten, zu lindern, leistete Cold Cream (Ungt. Galeni) sehr gute Dienste, namentlich bei der in den späteren Stadien gewöhnlich hervortretenden Trockenheit und Rhagadenbildung der Haut.

Die Zink- und Galmeisalbe ist ein zur Linderung des Juckens höchst wertvolles Mittel und war auch infolgedessen bei den Kranken sehr beliebt. Wir haben dieselbe vielfach angewandt, und bei manchen Fällen scheint sie eine geradezu heilende Wirkung ausgeübt zu haben, z. B. bei dem neunjährigen Albert Dillon, der im Jahre 1892 zum ersten Male einen leichten Anfall durchmachte. Bei diesem Knaben aber war, ebenso wie bei einigen anderen Fällen, bei denen das Mittel gebraucht wurde, nicht mit Bestimmtheit nachzuweisen, dafs die Krankheit nicht etwa spontan auch zur Heilung gelangt sein würde. Die Zinksalbe der britischen Pharmakopoe hatte eine ähnliche wohlthuende, beruhigende Wirkung.

Eine Galmeilösung (1,2 : 28,3) mit oder ohne Zinkoxyd hatte ebenfalls eine beruhigende Wirkung und war auch bei den Kranken recht beliebt; jedoch verschlimmerten sich geradezu auch manche Fälle beim Gebrauche derselben.

Zinkoxyd als Streupulver ist ein wertvolles Mittel für die neugebildete zarte Haut im Beginne der Rekonvalescenz.

Ferner wurde Zinkleim (Unna) bei mehreren Fällen täglich ein- oder zweimal aufgepinselt, doch wurde damit nichts erreicht.

Aufserdem sind Lanolin, Vaselin und eine Menge anderer Sachen probiert worden.

Sublimatlösung in jeder Konzentration bewirkte, meiner Erfahrung nach, ausnahmslos eine Verschlimmerung des Leidens.

Abschnitt VII. — Nosologie.

Der vom Verfasser im Jahre 1892[11] vorgeschlagene Name „Allgemeine, desquamierende, epidemische Dermatitis" („General exfoliative epidemic Dermatitis") ist nicht glücklich getroffen, denn das Leiden ist a) zwar immer mit Abschuppung verbunden gewesen, hatte aber nur manchmal (in Bethnal Green nur bei 25% der Fälle) eine universelle Ausbreitung; b) dasselbe wird nur unter gewissen Bedingungen (vide ante) epidemisch; c) gelinde Fälle erreichen kaum den Grad einer Dermatitis.

Die zuerst gebrauchte Bezeichnung[12] der „epidemischen Hautkrankheit" („Epidemic skin disease") hat den Vorzug, dafs sie die Bedingungen hervorhebt, unter denen man zuerst auf das Leiden aufmerksam wurde.

Ihren klinischen Erscheinungen nach gehört die in Rede stehende Krankheit eher zu den Ekzemen als zu irgend einer anderen Gruppe von Hautkrankheiten, trotzdem ein sichtbares Secernieren manchmal fehlen kann. Andererseits könnte geltend gemacht werden, dafs das konstante Vorhandensein der Abschuppung die Einreihung in diese Klasse ausschliefsen müsse, dafs es sich vielmehr um eine zu den desquamativen Affektionen gehörige Krankheit handle. Dagegen ist aber hervorzuheben, erstens, dafs die Pityriasis rubra, die allertypischste der exfoliativen Dermatitiden, in mancher Beziehung mit unserer epidemischen Hautkrankheit übereinstimmt, und dafs diese von einigen Autoritäten[13] ihrem Wesen nach als ekzematös bezeichnet worden ist. Zweitens konnte das Sekret bei manchen Fällen, wo es nicht zu existieren schien, doch auf der unteren Fläche der Schuppen nachgewiesen werden.[14] Dr. Colcott Fox, der mehrere Fälle untersuchte, schliefst sich auch der Ansicht an, dafs dieses Leiden der Ekzemgruppe zuzurechnen ist. Allerdings unterscheidet es sich von dem gewöhnlichen Ekzem durch eine ganze Reihe von Merkmalen, wie bereits oben dargelegt wurde (vide supra).

Schlufs.

Zum Schlusse scheint es mir von der gröfsten Wichtigkeit zu sein, sowohl zum Zwecke des Erkennens und Erforschens dieser „epidemischen Hautkrankheit", als auch behufs der Verhütung weiterer Ausbrüche wie die auf den vorhergehenden Seiten beschriebenen, nochmals hervorzuheben, 1. dafs sporadische Fälle ganz unzweifelhaft vorkommen, und 2. dafs die Affektion in sehr milder Form auftreten kann, so namentlich bei jugendlichen Individuen.

Unbedingt kommt der vorliegenden Affektion eine mehr als kursorische Berücksichtigung zu. Die multiforme Beschaffenheit des Ausschlages, wenigstens beim Beginne der Störung, bietet für diejenigen, welche die Hautkrankheiten vom klinischen Standpunkte aus untersuchen, eine sehr bemerkenswerte Eigentümlichkeit dar; denn die primäre und grundlegende

Ursache der an der Haut auftretenden verschiedenartigen Läsionen war zweifelsohne bei allen Fällen die nämliche, und doch ergaben sich Zustände, welche mit mehreren, bisher mit verschiedenen Namen bezeichneten Affektionen übereinstimmten.

Für den Forscher auf pathologisch-anatomischem Gebiete ist die Affektion nicht minder interessant, nicht nur wegen der unaufgeklärten epidemischen Entwickelung, sondern auch (vorausgesetzt, dafs unsere Beobachtungen genau gewesen sind) wegen der von den Mikrobien bei der Entstehung und Entwickelung des Leidens gespielten Rolle.

Soviel mir bekannt ist, ist dies bisher die einzige Hautkrankheit, die in solchen Epidemien, wie die in Paddington und Marylebone im Jahre 1891 und in Bethnal Green 1893 vorgekommen ist. Es ist in dieser Hinsicht wichtig, sich gegenwärtig zu halten, dafs die Eigenschaft der Kontagiosität oft von allen klinischen Merkmalen ganz zuletzt im geschichtlichen Verlaufe einer Krankheit richtig erkannt wird, wenn letztere immer mehr oder weniger im Volke konstant (endemisch) vorhanden ist. Könnte es demnach nicht vielleicht möglich sein, dafs etwa das Ekzem, Psoriasis, Pityriasis rubra und andere endemische Hautaffektionen, mit denen diese epidemische Hautkrankheit in dem einen oder anderen Stadium Ähnlichkeit aufweist, in Wirklichkeit, wenn auch unter gewöhnlichen Umständen nur in ganz geringem Mafse, kontagiöser Natur sind?

Diese sowie andere hochinteressante Fragen treten beim Studium dieser ungewöhnlichen Krankheit hervor, und es dünkte mich, dafs der geeignetste Ort, um bei der Erforschung der Wahrheit die wünschenswerte Leitung, Ratschläge und Kritik unter solchen Umständen zu finden, eben eine Versammlung wissenschaftlich gebildeter Männer von allen Nationen sein würde, wie die gegenwärtige, welcher ich die vorliegende Mitteilung mit aller Hochachtung zu unterbreiten mich beehre.

Thesen für den Kongrefs in Rom:

I. Die Hauptmerkmale (Abschuppung und cyklischer Verlauf) werden an neuen Fällen dargelegt. Die Fälle des Paddington Infirmary im Jahre 1892; Fälle im Paddington Infirmary 1893; Fälle im Fulham Union Infirmary 1893; Fälle im Bethnal Green Workhouse 1893.

II. Dafs das Leiden zwar unter gewissen Bedingungen zweifelsohne kontagiös und epidemisch auftritt, aber dennoch nicht selten sporadisch vorkommt. Mitteilung über sporadische und isolierte Fälle.

III. Die zur Besprechung 1891[1] ausgewählten Fälle wurden ihrer Intensität wegen ausgesucht; aber viele von der ersten Serie der Erkrankungen und die meisten der seitdem beobachteten Patienten zeigten einen viel milderen, manchmal sogar rudimentären Typus. Dies gilt namentlich für jugendliche Personen.

IV. Dafs die Krankheit keine seltene ist und sehr leicht, namentlich in den leichteren Formen, mit Ekzem, Psoriasis etc. verwechselt werden kann. Diagnose.

V. Dafs die seither mit dem Sekret angestellten bakteriologischen Untersuchungen nicht zur Isolierung eines Mikrobions geführt haben, was namentlich die Folge der konstanten Vermischung mit Staphylokokken war. Histologie der Affektion.

VI. Behandlung.

VII. Die vom Verfasser im Jahre 1892 vorgeschlagene Bezeichnung „universelle, desquamierende, epidemische Dermatitis" („General exfoliative epidemie dermatitis") ist nicht glücklich gewählt; denn a) die Affektion führt zwar immer zur Schuppenbildung, hat aber nur manchmal eine universelle Ausdehnung; b) dieselbe tritt nur unter bestimmten Verhältnissen epidemisch auf; und c) die milden Fälle verdienen kaum den Namen Dermatitis.

Die zuerst gebrauchte Bezeichnung „Epidemische Hautkrankheit" („Epidemie skin disease") hat den Vorzug, dafs sie diejenigen Verhältnisse hervorhebt, unter denen das Leiden zuerst die Aufmerksamkeit auf sich zog.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Litteratur.

[1] *Lancet.* Juli 1891; *Brit. med. Journ.* Dezember 1891 und Januar 1892; *Trans. med. Soc.* 1891-92; *Brit. Journ. of derm.* Februar, März 1892; ferner eine vom Verfasser oder von Herrn H. K. Lewis, Gower Street, London, zu beziehende Monographie 1892.

[2] *Brit. Journ. of derm.* April 1892.

[3] *Brit. med. Journ.* 9. Januar 1892.

[4] *Monographie.* pag. 31.

[5] *Monographie.* pag. 6.

[6] *Monographie.* pag. 64.

[7] *Arch. of Surg.* Januar 1892. pag. 223.

[8] *Med. Press and Circular.* 5. April 1893.

[9] *Brit. med. Journ.* 9. Januar 1892, sowie *Monographie* pag. 33.

[10] *Monographie.* pag. 34.

[11] *Ibid.* pag. 39.

[12] *Ibid.* pag. 5.

[13] Liveing, *Diagnosis of skin diseases.* pag. 98.

[14] *Monographie.* pag. 22.

Aus der Praxis.

Wirkung innerer Ichthyolgaben bei entsprechender Diät.

Von

Dr. Joh. Knorr,
Spezialarzt, Berlin.

Unna hat an seinem reichlichen Material zuerst nachgewiesen, daſs wir in den Ichthyolpräparaten ein unschuldiges und doch ungemein wirksames Gefäſskontraktionsmittel besitzen, dessen Anwendung sich in zahlreichen Hautleiden zu einem bewährten gestaltet. Unna irrt jedoch, wenn er glaubt, auf die Diät brauche er bei seinen Patienten kein Gewicht zu legen. Die Diät ist die Hauptsache. Unna würde bei entsprechender Diätregulierung ganze andere Erfolge erzielt haben; doch davon später.

Kein denkender Hautarzt wird wohl sich nur auf das Studium der Hauterkrankung bei seinen Patienten legen; diesen Gerberstandpunkt der alten Richtungen hat ja gerade Unnas Schule mit Erfolg zurückgedrängt.

Jeder Patient, der mit einer Hautkrankheit zu uns kommt, verhält sich anormal an irgend einem seiner visceralen Organe. Der eine ist Hämorhoidarier und Kahlkopf, der andere ist Besitzer einer chronischen Gonorrhoe und Akne; kurz, ich kenne keinen Fall, in welchem sich mir ein Gesunder (wer ist heute überhaupt gesund?) mit einer Hautkrankheit vorgestellt hätte.

Unna schreibt nun wieder, beim innerlichen Ichthyolgebrauch verschwinden chronische Magenkatarrhe, Darmkatarrhe, Rachenkatarrhe zugleich mit. Die Patienten erholten sich sichtlich. Das war ein Glück für Arzt und Patienten, sonst wäre auch die Hautkrankheit nie geheilt.

Dies ist ein Beweis, ein wie gewaltiges Gefäſskontrahens das Ichthyol ist. Dieselben Schädigungen in der Diät bestehen weiter, und trotzdem heilen diese vielleicht von manchem einschlägigen Spezialisten vergeblich in Angriff genommenen Leiden. Das ist wahrhaftig Grund genug, dem Ichthyol vor allen anderen Mitteln den Vorrang zuzuerteilen.

Wie gestaltet sich nun der Einfluſs des Ichthyols bei entsprechender Diätregelung? Und worin besteht die betreffende Diätregelung?

Man nennt unsere Zeit die Zeit der Nervosität, es ist die Zeit der Gefäſserweiteruung, der Gefäſsparalyse. Alle unsere Genuſsmittel: Alkohol, Kaffee, Thee, Tabak, Kohlensäure, Fleisch, kaltes Wasser sind Gefäſserweiterer. Der Tripperarzt verbietet daher mit vollem

Recht obige Dinge durchaus, da er mit seinen minimalen Adstringentien gegen solche Gegner, wie es der Alkohol, Kaffee, Tabak, die Kohlensäure, der Coitus u. s. w. sind, nichts auszurichten vermag.

Gerade beim Tripper rühmte JADASSOHN die Erfolge des Ichthyols in äufserlicher Einspritzung; Ichthyol wirkt auch lokal sehr stark gefäfskontrahierend, und zwar ziemlich andauernd: kurze Zeit nach der Injektion einer 1 %igen Lösung quillt aus der Harnröhre ein zäher, leicht braun tingierter Schleim. Die Ichthyolwirkung auf die Gefäfse der entzündeten Drüsen hat diese zur Kontraktion und Entleerung gebracht.

Gleich dem Ichthyol wirken alle wirklich nützlichen Mittel nur als Gefäfsadstringentien; die etwaige parasiticide Wirkung glaubt aufser NEISSER und seiner Schule kein Praktiker mehr. Die Erfolge des Argentum nitricum beruhen lediglich auf seiner styptischen Wirkung.

Die Erfolge der heifsen Sublimatausspülung beruhen nur auf der angewandten Wärme. Es giebt kein wirksameres Stypticum, id est: Gefäfskontrahens, als Wasser von 45° Celsius.

Ein kleines Beispiel möge diese durch DÜHRSEN und SCHWENINGER längst zum Gemeingut aller denkenden Ärzte gewordene Thatsache näher erläutern.

Ich wurde zu einem linksseitigen totalen Schlaganfall gerufen. Sofort liefs ich auf die rechte Hinterkopfhälfte andauernd heifse Wasserumschläge machen. Patient erholte sich zusehends und konnte bereits nach 20 Minuten, nur unterstützt durch seine Frau, seine fünf Minuten entfernte Wohnung zu Fufs erreichen und schlief nach einigen weiteren Umschlägen ruhig ein. Ein hinter meinem Rücken hinzugerufener älterer Arzt verordnete eine Eisblase und Cremor tartari innerlich.

Am Abend besuchte ich den Patienten zu seinem Glücke nochmals. Patient lag in den letzten Zügen, die Zunge, Augen, Sprache, alles war gelähmt. Ein Blick auf die Eisblase erklärte alles. Patient hatte infolge des Eises eine venöse Stase mit folgender Gefäfsparalyse und gewaltiger Nachblutung gehabt.

Erst nach ½stündiger Bemühung mit heifsem Wasser kehrten die Sprache und die Beweglichkeit des Unterkiefers wieder. Patient schwitzte stark an den gelähmten Extremitäten und erlangte auch das Gefühl in den vorher wie abgestorbenen Gliedmafsen wieder.

Am nächsten Tage bat ich den Kollegen, sich in der nächsten Waschanstalt die Hände der Waschfrauen und in der Eisfabrik die der Eisarbeiter anzusehen. Er war gründlich überzeugt.

Bemerkenswert ist noch, dafs Patient auf Grund der heifsen Umschläge seinen eiterigen rechtsseitigen Ohrenausfluſs, welchen ihm die Eisblase wieder hervorgerufen hatte, verlor und dafür sein längst geschwundenes Gehör teilweise wiedererlangte.

Also heifses Wasser von ca. 45—50° Celsius ist jedem anderen Adstringens, oder besser Konstringens, der Gefäfse überlegen.

Hier ein anderer Fall: Ein Maschinenbauer konsultierte mich wegen eines linksseitigen, jahrelang bestehenden und bereits vielfach anderweitig behandelten, augenblicklich gangränösen Fufsgeschwürs. Ich konstatierte apfelgrofse, harte Varixknoten, die bis zu der Höhe des halben Oberschenkels reichten, und auf der Tibiafläche zwei ca. fünfmarkstückgrofse gangränöse Fufsgeschwüre. Meine Ordination bestand in strenger Diät, ruhiger hoher Lagerung und heifsen Wasserumschlägen, dazu Ichthyol in 0,1 Pillen dreimal täglich zwei Pillen.

Bereits am nächsten Tage besuchte mich Patient ohne bedeutende Beschwerden, das Brandige hatte sich abgestofsen, und die Dimensionen des Beines waren annähernd normale. Nach weiteren acht Tagen waren die Varicen bis auf einen haselnufsgrofsen harten Knoten in der Popliteal-gegend verschwunden, die Geschwüre bis auf zwei linsengrofse Stellen geschlossen.

Ich glaube nicht, dem Ichthyol diese Wirkung zuschreiben zu dürfen, sondern lediglich dem heifsen Wasser und der Diät. Jedenfalls erleichtert uns der Ichthyolgebrauch die Kur bedeutend, da durch dieses der Gefäfstonus stets in gleicher Spannung erhalten wird und jedes im Übermafs zugeführte Wasserquantum, sei es durch die Nieren, sei es durch den Darm, ausgeschieden wird.

Ich habe so diese Methode mit bestem Erfolg angewandt: bei Sykosis, akutem und chronischem Ekzem, Urticaria, Akne, Scabies und Pityriasis. Letztere Krankheiten heilen ebenfalls ohne äufserliche Medikation, da ich mit Besnier der Ansicht bin, dafs nur die übermäfsige seröse Durchtränkung, verursacht durch die Hydrämie des Patienten, es ermöglicht, dafs die Scabies oder irgend eine parasitäre Hauterkrankung sich ansiedelt. Denn nur auf einem feuchten Nährboden giebt es genügend Nährstoff für Schimmelpilze und ähnliche Parasiten.

So schwer es mir wird, einem sonst so verdienten Dermatologen, wie Unna es ist, widersprechen zu müssen, so kann ich doch nur wiederholt den Rat erteilen, den Kranken als ein Ganzes zu betrachten, von seiner Haut ihm seine inneren Leiden abzulesen und durch die Behandlung jener die Haut mit zur Gesundung zu bringen; ohne Salben und ohne Verbände wird uns dies dann besser gelingen, als dies selbst Quecksilber oder Chrysarobin zu thun vermögen. Dort, wo Entzündung, Röte, Schmerz ist, dorthin wird heifses Wasser verabreicht, seien dies nun Kopfschmerzen oder ein Clavus, und ohne Morphium, ohne alle neuen schmerzstillenden(?) Gifte wird der Patient genesen. Doch hiervon ein andermal.

Versammlungen.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Juni 1894.

(*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 7.)

Seine Behandlungsmethode der chronischen Blennorrhoe und das zugehörige Instrumentarium demonstriert Robert Kuttner. Der Vortragende hebt die Vorzüge graduierter Tropfkatheter hervor, da die chronische Blennorrhoe stets an umschriebenen, einzelnen Herden sich abspielt, die bei Einführung der Knopfsonde durch ihre Empfindlichkeit erkennbar sind. Er führt deshalb eine graduierte und mit Zahlen versehene Bougie à boule ein, liest die Entfernung des Krankheitsherdes vom Orificium externum ab. Dann wird ein ebenso mit Zahlen versehener Tropfkatheter eingeführt und das Argentum nitricum (1—20%), Cuprum sulfuricum etc. an den Krankheitsherden deponiert. Die Guyonsche Instillationsspritze ist ungeeignet, da sie beide Hände in Anspruch nimmt und einzelne Tropfen sich schwer mit ihr entleeren lassen. Seine Tropfspritze funktioniert automatisch, kann mit einer Hand dirigiert und leicht gereinigt werden. Seine Methode erlaubt also eine überaus exakte Lokalisation, energischeres Vorgehen; minimale Reaktion, Zeitersparnis, Einfachheit sind weitere Vorteile.

Sterilisierte Fettkörper in aseptischer Ausgußflasche demonstriert Robert Kuttner, bestehend aus Öl und Borsäureglycerin.

Über einen Tumor der Scheidenhaut des Hodens und des Samenstranges berichtet Karewski. Der ganze Hodensack des 57jährigen Patienten war durch einen Tumor ausgefüllt; der rechte Hoden lag im obersten Winkel, der linke sollte nach Angabe des Patienten mitten im Tumor liegen. Die Neubildung hatte Birnform, bestand aus harten und weichen Massen. Nach Unterbindung der Samenstranggefäße wurde der Tumor unter Ligierung der Gefäße stumpf ausgelöst, ein Teil des Hodensacks ausgeschnitten. Reaktionsloser Verlauf.

Der Tumor war eine Mischung von Lipom, Fibrom, Sarkom, Myxom, Cysten, ging aus von der Scheidenhaut des Hodens und des Samenstranges. Hoden und innere Seite der Scheidenhaut waren unverändert.

Ein Scheidensarkom des Hodens demonstriert Adler. Es war ein faustgroßer Tumor von glatter Oberfläche, schneller Entstehung. Bei der Operation wurden Hoden und Nebenhoden völlig intakt am äußeren Leistenkanal gefunden; sie wurden mit entfernt. Es war ein Spindelzellensarkom. Tod acht Wochen später an Metastasen in den retroperitonealen Drüsen.

Ein Cystadenom des Hodens demonstriert Adler, das dadurch interessant ist, daß Patient an cystischen Lungenmetastasen zu Grunde ging. Es kann bei Hodentumoren selbst die exakteste histologische Untersuchung nur mit größter Reserve die Möglichkeit von Recidiven ausschließen. Es war bei derselben keine auf Malignität verdächtige Stelle gefunden worden. Der Patient wurde fünf Vierteljahre später wegen eines Pleuraexsudats wieder aufgenommen, das das erste Symptom eines Lungentumors darstellte, welchem der Patient erlag. Der Tumor ging vom vorderen Mediastinalraum aus und zeigte auch histologisch keine auf Carcinom oder Sarkom verdächtige Stelle. Es fanden sich aber dieselben Cystenformen, wie im primären Tumor. Es kann also ein Cystadenom des Hodens ebensogut maligne sein, wie ein Ovarialcystom.

Über die Grenzen und den Wert der Urethroskopie (mit Demonstration) spricht Casper. Der Unterschied im Bau der Instrumente zur Endoskopie liegt hauptsächlich in dem Sitze der Beleuchtungsquelle. Die von Oberländer besonders warm empfohlene Nitzesche Methode hat die Nachteile: 1. dafs die Wärme den Blutgehalt der Schleimhaut beeinflufst, 2. dafs eine lokale Therapie erst nach Entfernung des Lichtträgers möglich ist, 3. dafs manche Stelle beleuchtet, manche durchleuchtet wird, 4. dafs der Apparat kostspielig, kompliciert und oft reparaturbedürftig ist. Die Bilder bei äufserer Lichtquelle sind vollkommen genügend beleuchtet. In der Deutung von Differenzen in Farbe und Glanz geht Oberländer zu weit; erstere wird durch reflektorisch ausgelöste Spasmen beeinflufst. Auch auf die Faltenbildung legt Oberländer zu viel Wert; dieselbe hängt vielfach von der Weite des Tubus ab. Tiefe Veränderungen der Urethra sind uroskopisch nicht erkennbar. Für die Pars prostatica und membranea ist die Endoskopie nicht zu verwenden, ebensowenig für akute Gonorrhoe. Durch das Bestreben, die Grenzen der Urethroskopie zu weit zu stecken, diskreditiert man dieselbe. Bei der chronischen Gonorrhoe kann man verschiedene Arten der Entzündung differenzieren, alle Formen Oberländers sind aber nicht anzunehmen. Die glanduläre und periglanduläre müssen auseinandergehalten werden. Bei den Strikturen hat die Endoskopie nur für die Erkennung der ersten Anfänge einen Wert. C. resumiert: 1. Das Prinzip der äufseren Lichtquelle ist bei weitem überlegen; 2. die Urethroskopie hat für viele Fälle eine durch keine andere Untersuchungsmethode zu ersetzende diagnostische und therapeutische Bedeutung; 3. durch anatomische, physiologische, mechanische Momente werden der Urethroskopie gewisse Grenzen gesteckt; 4. die Urethroscopia posterior hat zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken nur ausnahmsweise Berechtigung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin.

Sitzung vom 7. Juni 1894.

(*Allg. med. Centralz.* 1894. No. 49.)

Eine 33jährige Plätterin mit **schwerer Lues** stellt Loehr vor; die Krankheit machte bei ihrem Auftreten den Eindruck einer akuten Infektionskrankheit. Nach Überstehen einer Influenza trat ein Exanthem im Gesichte auf, welches sich in 14 Tagen auf den ganzen Körper verbreitete und später als Rupia syphilitica erkannt wurde; es bestand starkes Jucken. Eine Schmierkur hatte keinen Erfolg, so dafs sie schliefslich ausgesetzt wurde und Schwefel zur Anwendung kam; andauerndes Fieber, Abmagerung, Appetitlosigkeit, mangelnder Schlaf. Bei guter Ernährung und Darreichung von Syrupus ferri jodati erholte sich die Kranke und wurde dann einer Quecksilberkur unterworfen; äufserlich weifse Quecksilber- und Höllensteinsalbe. Die Heilung ist noch keine vollständige. Die Rupia tritt in zwei Formen auf: erstens im ersten Jahre nach der Infektion, sich schnell über den Körper verbreitend, zweitens 8—10 Jahre nach der Infektion als tertiäre Erscheinung, dann mehr in vereinzelten Herden und sich langsam verbreitend. In diesem Falle blieb es fraglich, welche Form vorlag.

Über die Erfolge intravenöser Sublimatinjektionen bei Lues berichtet Loehr. Diese, von Baccelli zuerst empfohlen, bieten drei Gefahren: 1. Möglichkeit der Luftembolie, 2. zu energische Wirkung, 3. Alteration der Blutgefäfse, Blutgerinnung etc.

Baccelli empfahl sie für schwere Fälle und rühmt ihre Wirksamkeit. Der Vortragende hat auf der Lewinschen Abteilung 95 Einspritzungen gemacht, 22 an derselben Patientin; elf mifslangen, weil er nicht in die Vene kam. In letzteren Fällen tritt schmerzhafte entzündliche Anschwellung in der Umgebung auf, sonst machen die Injektionen keine Schmerzen. Nach gründlicher Desinfektion sticht man

ein und überzeugt sich durch Auslaufenlassen von einigen Tropfen Blut davon, dafs man in die Vene gelangt ist. Man nimmt zu jeder Injektion 6 ccm einer Lösung von 1,0 Sublimat, 1000,0 Aqua, 3,0 Kochsalz.

Bacchelli sah nie Stomatitis bei sorgsamer Mundpflege. Lokale Behandlung ist dabei nötig, da sonst die Kondylome nicht schwinden. In einem Falle von Rupia, wo die subkutanen Injektionen versagten, trat durch intravenöse Injektionen schnelle Heilung ein.

Der Vortragende hält die Methode nicht für gefahrlos; er sah zweimal Thrombose, Phlebitis und Periphlebitis.

Köhler glaubt, dafs es sich bei den letzterwähnten Veränderungen nur um Zellgewebsentzündungen handelte.

Grawitz hält die technischen Schwierigkeiten nicht für so grofs, wie der Vortragende. Er sah niemals Nachteile. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ärztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 6. Februar 1894.

(*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 4.)

Einen Fall von Morvanscher Krankheit stellt Rieder vor. Ein 51jähriger Arbeiter, der angab, seit elf Jahren Schmerz und Bewegungsbeschränkung im linken Schultergelenk gefühlt zu haben, zeigt Subluxation im linken Schultergelenk; Atrophie des Musculus supra- und infraspinatus, sowie des Deltoideus, der Interossei, des Thenars und Hypothenars (bedingt durch difforme Heilung einer alten Fraktur oder Luxation des Handgelenks); Herabsetzung der Schmerzensempfindung im Bereich der Fossa supra- und infraspinata, der hinteren Oberarmgegend in den oberen zwei Dritteln, in einem kleinen Bezirke des Deltoideus und im mittleren Drittel der Streckseiten des Vorderarmes; vollkommen erhaltene taktile Empfindung; an den Fingern der linken Hand auch Analgesie bei erhaltener taktiler Empfindungsqualität; die Finger kolbig verdickt, in den Gelenken difform; Panaritium am zweiten und dritten Finger; Temperaturempfindung für Wärme und Kälte erheblich vermindert; Patellarreflexe erhalten; Hautreflexe bedeutend herabgesetzt. Es ist nach diesen Erscheinungen die Diagnose zweifellos. Hervorzuheben ist, dafs die mit dicken Hornschichten bedeckten Finger nach Entfernung derselben eine an Glossyfingers erinnernde Beschaffenheit zeigten.

Einen Fall mit hämorrhagischer Diathese bei einem Morphinisten während der Entziehungskur demonstriert Manchot. Die Hautblutungen beschränken sich auf Beine und Unterarme. Der Patient ist durchaus nicht kachektisch. Man kann die Blutungen beliebig hervorrufen, indem man mit einem stumpfen Instrument fest über die Haut herüberstreicht. Es entsteht zunächst ein roter Streifen in der Ausdehnung des Striches, nach ca. 2 Stunden statt dessen eine quadratförmige Erhebung, die nach 4—6 Stunden verschwindet und durch frische, dichtstehende Hämorrhagien ersetzt ist. Man kann so den Patienten Zeichnungen auf die Haut malen. Bei vollkommener Bettruhe entsteht nach den Strichen eine Quaddelbildung.

Einen 45jährigen Mann mit multiplen Fibromen stellt Fürst vor. An der Kuppe vieler Tumoren sitzt ein typischer Komedo.

Einen 24jährigen Mann mit Lues maligna stellt Ed. Arning vor. Anfangs November Primäraffekt, Mitte November papulo-pustulöses Syphilid, Lymphadenitis, schwere Anämie. Unter energischer Schmierkur gingen alle Erscheinungen zurück, aber noch vor Beendigung derselben trat oberhalb des linken Ellenbogengelenks eine schnell nach der Tiefe und Fläche ausbreitende Hautgangrän auf, Erythema profundum der älteren Syphilidologen; gleichzeitig tiefer ulceröser Zerfall der hypertrophischen

Tonsillen. Besserung unter Allgemeinbehandlung, Jodkalium, lokal Jodoform. Das Geschwür am Arme ist thalergrofs, tief unterminiert, wie mit dem Locheisen ausgeschlagen, hat eine derb infiltrierte Basis und Umgebung.

Dermatitis herpetiformis Duhring bei einem 49jährigen Bauer demonstriert Ed. Arning. Die Affektion begann vor drei Jahren, ausgehend von der Genitocruralgegend. Allgemeinbefinden wenig beeinträchtigt, symmetrische, polymorphe Efflorescenzen in gyrierter, herpetischer Anordnung; Jucken geht dem Ausbruch der Vesikel voraus. Ergriffen ist der Rumpf mit Ausschlufs der oberen Teile, die Oberschenkel, zum Teil Unterschenkel und Fufsrücken, Hals, fast die ganzen Arme, ausgehend symmetrisch von der Beugefläche der Gelenke. Im Gesichte einzelne Efflorescenzen, Hand- und Fufsteller frei. Therapie: Natrium salicylicum und Teerbäder.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr.

Sitzung vom 5. Februar 1894.

Über Alopecia areata spricht Paul Samter. In der Poliklinik für Hautkrankheiten kamen im verflossenen Jahre 17 Fälle von Alopecia areata in ihrer typischen Form zur Beobachtung. Einmal wurde dieselbe mit vorangegangener Gehirnentzündung, einmal mit langdauernden Kopfschmerzen in Verbindung gebracht. Es war niemals ein Anhaltepunkt für kontagiöse Entstehung zu finden, weshalb die Fälle als neurotische aufgefafst wurden. Da aber in der französischen und deutschen Litteratur durch Übertragung entstandene Fälle mitgeteilt sind, mufs man neben der neurotischen eine kontagiöse Form unterscheiden. Klinische Merkmale zur Differenzierung giebt es aber nicht. Therapeutisch hat die wochenlange Anwendung des faradischen Stromes nichts genützt; nach 10 %iger Chrysarobinsalbe trat oft schnelle Heilung ein. Prophylaktisch ist auf die Hygiene in den Barbierstuben mehr Wert zu legen.

Über zwei Fälle von Maserndiphtherie berichtet Podack unter Vorzeigung von Präparaten und Kulturen. In beiden Fällen züchtete er aus den Pseudomembranen neben Streptokokken Löfflersche Bacillen. Bei dem einen wurden dieselben Mikroorganismen im Eiter einer gleichzeitig bestehenden Mittelohrentzündung gefunden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verein der Ärzte in Steiermark.

Sitzung vom 26. Februar 1894.

(*Prager med. Wochenschr.* 1894. No. 23.)

Über **Rubeola** spricht Tobeitz, als Einleitung zur Diskussion. Er schildert den Charakter der beobachteten Epidemie, während welcher er auch Fälle gesehen hat, die es erklärlich erscheinen lassen, dafs manche Röteln mit Masern oder Scharlach identificieren. Heute teilen wohl nur sehr wenige diese Ansicht. Das Exanthem tritt gewöhnlich mit leichtem Fieber, Mattigkeit, Kopfschmerz, zuweilen mit Lichtscheu und eiteriger Sekretion der Conjunctiva auf. Am Gaumen sah er niemals ein deutliches Exanthem, dagegen oft eine diffuse Röte, besonders deutlich an den Gaumenbogen und Tonsillen; letztere waren fast stets geschwollen. Schnupfen, trockener Husten ohne Befund, sind oft vorhanden, die Lymphdrüsen am Halse und Nacken sind stets vergröfsert. Das Exanthem ist grofsfleckig, beginnt am Gesichte, am Rumpfe besteht es aus nicht dicht stehenden, oft erhabenen, kleinhanfkorngrofsen, lebhaft roten Efflorescenzen. Die Abgrenzung von Scharlach und Masern werden erörtert. Als Komplikationen werden beobachtet: Urticaria, follikuläre Tonsillitis, Schmerzen im Ohr, in einem Falle hohes Fieber, eklamptische Anfälle, Pneumonie.

Escherich hebt als charakteristisch hervor, dafs das Überstehen der Rubeola nur gegen diese, nicht gegen Morbilli und Scarlatina immunisiere. Bei der Epidemie

1890 wurden die Schwellungen der Drüsen vermifst. Das Exanthem kann bis acht Tage bestehen.

Tobeitz meint, dafs zweimaliges Überstehen von Scharlach, Masern und Rubeola öfter vorkommt.

Über eine eigentümliche Hautaffektion berichtet Guttmann. Dieselbe betraf ein siebenjähriges Mädchen, das mit hohem Fieber erkrankte. Am dritten Tage 39,5°, Milztumor, Obstipation; am fünften daneben Exanthem in Gestalt intensiv rot gefärbter, abgeflachter Knoten und Knötchen von Hirsekorn- bis Daumennagelgröfse; nicht schmerzhaft, lokalisiert an Fufs und Handrücken, Finger, Zehen, Flachhand, Sohle. Kleinere Efflorescenzen, aber dichter gesät, am Bauch und Rücken. Auf der linken Wange ein grofses Infiltrat. Am sechsten Tage Bläschenbildung an der Schleimhaut der Lippen, der Wangen, des weichen Gaumens. Am neunten Tage normale Temperatur, Desquamation. Der Vortragende bezeichnet das Leiden als Erythema papulatum, eine Form des Erythema exsudativum multiforme.

Jarisch stimmt dem zu; er zählt auch das Erythema nodosum zum Erythema exsudativum multiforme.

Elschning sah früher zwei solche Fälle mit Stomatitis und croupösen Belägen auf der Wangenschleimhaut und auf der Conjunctiva.

Über Cystitis der Kinder spricht Escherich: Es giebt eine Cystitisform mit saurer Reaktion, die bei Kindern ausschliefslich vorkommt. Er führt mehrere Fälle aus seiner Klinik an, es waren sämtlich Mädchen. Als Urheber der sauren Cystitis wurde stets das Bacterium coli eruiert, das direkt vom Dickdarm aus oder per urethram in die Blase gelangen kann. Zur Therapie empfehlen sich Ausspülungen mit schwacher Kreolinlösung und interne Darreichung von Salol. Letzteres, in grofsen Dosen gereicht, bewirkt leicht Nierenreizung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 28. Heft 2 und 3. 1894.

I. **Zur Lehre von den Hautgeschwülsten,** von Jarisch-Graz. Verfasser hat im verflossenen Jahre drei Krankheitsfälle beobachtet, von denen der erste dem Hydradénome eruptif (Jaquet-Darier); der zweite dem Epithelioma adenoides cysticum (Brooke); der dritte der Dégénerescence colloide du derme (Besnier-Balzer) entsprechen würde.

Fall 1 betrifft ein 17jähriges Fräulein. Im Anschlufs an Icterus entstanden zuerst am Sternum, später im Laufe der folgenden Jahre an anderen Körperstellen, zuletzt an den Augenlidern Knötchen, welche keinerlei Beschwerden bereiteten. Gegenwärtig sieht man auf der Haut beider inneren Augenwinkel und der angrenzenden Partien zahlreiche, isoliert stehende, bogenförmig angeordnete und sich auf beide Augenlider fortsetzende, mohnkorn- bis klein-hanfkorngrofse flachkugelige, ziemlich resistente, leicht glänzende und zum Teile durchscheinende Knötchen von schwach gelblicher oder gelblichweifser Färbung, über welche die Epidermis etwas gespannt hinwegzieht. Das gelbliche Kolorit der Knötchen erinnerte nicht an das Schwefel- oder Strohgelb des Xanthoms. Die Knötchen lagen in der Haut und liefsen sich nur mit dieser selbst verschieben. Einzelne derselben erschienen von einem haarfeinen rötlichen Saum umgeben, welcher sich bei Lupenbetrachtung als durch teleangiek-

tatische Gefäfse bedingt erwies. Neben den Knötchen und innerhalb zweier solcher fanden sich an den oberen Augenlidern milienähnliche, mohnkorngrofse, weifsgelbe Einlagerungen, welche sich durch Einschneiden der sie deckenden Hautschichte in toto herausschälen liefsen. Das Gesicht war, abgesehen von diesen Stellen, frei von der Affektion. Zahlreiche Knötchen fanden sich dagegen an der oberen Thoraxhälfte.

Der histologische Befund sowohl wie das klinische Bild dieses Falles sprechen für dessen Identität mit den von Jaquet-Darier, Török, Quinquaud, Philippson etc. unter verschiedenen Namen beschriebenen Fällen. Bezüglich der Deutung der Geschwülste vermag Verfasser mit diesen und anderen Autoren nicht völlig übereinzustimmen. Die wesentlichen Befunde bei der mikroskopischen Untersuchung des vorliegenden Falles — so die Verästelung der Zellschläuche, der Zusammenhang der Geschwulstelemente untereinander, die Fortsetzung eines Zellstranges in ein deutliches Papillargefäfs, die Wucherung der Endothelien fast sämmtlicher Kapillaren etc. deuten auf die Blutgefäfse, resp. deren Endothel als Ursprungsstätte der Geschwulstelemente hin, weshalb Verfasser für die in Fall 1 beschriebene Neubildung die Bezeichnung „Hämangioendothelioma tuberosum multiplex" vorschlägt.

Fall 2 betrifft einen 22jährigen schwächlichen, stark skoliotischen Menschen. Die Affektion im Gesicht besteht seit acht Jahren und ist charakterisiert durch mehrfache mit Krusten belegte, scharf umschriebene Stellen, welche an Impetigo erinnerten. Wurden die Krusten jedoch erweicht und entfernt, so präsentierten sich oberflächliche Geschwüre, die den Ulcerationen des Ulcus rodens nicht unähnlich sahen. Die Basis und die Ränder der Geschwüre waren meist vollkommen weich. Eins safs in der Gegend des linken, inneren Augenwinkels, von innen oben nach unten aufsen ziehend, 1 cm lang, $^3/_4$ cm breit. Dasselbe zeigte eine glänzende, gelblichrote, zum Teil durchscheinende Basis, aber kaum merklich elevierte Ränder. Daneben befand sich eine nur wenig deprimierte, glatte und weiche Narbe. Oberhalb des Geschwüres, über dem Thränensacke fand sich ein rundliches, die Geschwürsfläche eben tangierendes, kleinhanfkorngrofses, flaches, sich mäfsig hart anfühlendes, leicht transparentes Knötchen, welches mit glatter, glänzender Epidermis überzogen ist.

Ein zweites Geschwür safs oberhalb der linken Nasolabialfalte und ein drittes über dem Arcus infraorbitalis.

Eine sichere Diagnose dieses Falles konnte erst durch die mikroskopische Untersuchung gestellt werden. Dieselbe ergab einen Befund, der die Identität dieses Falles mit den von Brooke unter dem Namen Epithelioma adenoides cysticum beschriebenen Fällen wahrscheinlich machte. Doch kann Verfasser Brooke darin nicht beistimmen, dafs diese Fälle dem Hydradenome zuzuzählen seien. Verfasser begründet seine Ansicht eingehend durch die ausführliche Beschreibung des histologischen Befundes. Auf Grund desselben und des klinischen Bildes schlägt er den Namen Tricho-Epithelioma papulosum multiplex, beziehungsweise Tricho-Epithelioma papulosum rodens für die im Falle 2 vorliegende Neubildung und für die bisher unter dem Namen Adenoma sebaceum publizierten Fälle vor.

Fall 3, eine 70jährige Frau, zeigte auf der Stirn und vereinzelt auch an den Schläfen zahlreiche, dicht gedrängt stehende, flache bis linsengrofse, rundliche, unregelmäfsig gezeichnete, scharf begrenzte Knötchen. Dieselben waren auf der Haut verschieblich, zumeist von leicht gelblicher Färbung und durchscheinend; stellenweise präsentierten sie sich in dunklerem Kolorit, das den Verdacht auf Hämorrhagien erweckte.

Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein mächtiger

homogener Schollen in den oberen Cutislagen, ziemlich scharf gegen die Epidermis abgegrenzt und von dieser durch eine schmale Bindegewebszone getrennt. Gegen die tieferen Schichten des Coriums erschienen die homogenen Massen lockerer gefügt, und es zeigte sich deutlich, dafs sie aus der Verschmelzung homogener Bänder, welche hier in dichtem Konvolut vorlagen, entstanden waren. Das ganze Bild deutete darauf hin, dafs die elastischen Fasern der Haut durch allmäliche gegen die Epidermis zu fortschreitende Verquellung zu breiten, vielfach gewundenen Bändern, zur Bildung der in den oberen Coriumschichten vorhandenen scholligen, homogenen Massen führten, welche das kollagene Gewebe vollständig verdrängten oder an seine Stelle traten, während die subepitheliale Grenzschicht von den Vorgängen unberührt blieb. Es handelt sich also in diesem Falle um eine kolloide Degeneration der Haut und zwar der elastischen Fasern. Der Fall ist zu identifizieren mit den analogen Fällen der französischen Autoren, doch hält Verfasser es für sehr wahrscheinlich, dafs es sich bei diesen Fällen nicht um eine Degeneration des kollagenen, sondern des elastischen Gewebes gehandelt hat.

Verfasser zieht aus seinen Betrachtungen folgendes Resumé: Die unter dem Namen „Hydradénomes éruptifs", „Syringocystadenoma" etc. beschriebenen Neubildungen haben weder zu den Schweifsdrüsen, noch zu versprengten embryonalen Keimen eine Beziehung. Sie verdanken einer Wucherung der Gefäfsendothelien ihre Entstehung und sind Hämangioendotheliome, vielleicht gelegentlich auch Lymphangioendotheliome.

Die von Hebra-Kaposi unter dem Namen Lymphangioma tuberosum multiplex beschriebene Neubildung ist identisch mit den als Hydradenome etc. beschriebenen Fällen. Die Bezeichnung Lymphangioma ist nicht berechtigt, da in der Affektion kein Angiom vorliegt und der Beweis, dafs es die Lymphgefäfse sind, von denen die Neubildung ausgeht, nicht erbracht ist. Der passendste Name ist Hämangioendothelioma tuberosum multiplex. Mit demselben hat Brookes Epithelioma adenoides cysticum nichts gemein, es ist vielmehr identisch mit Verfassers Fall 2. Hierher zu rechnen sind auch die als Adenoma sebaceum beschriebenen Fälle. Für dieselben ist „Trichoepithelioma" die beste Bezeichnung, da die Bildung von Haaren, oder vielmehr von Vorstadien solcher, ein hervorragendes Merkmal dieser Neubildungen ist.

Die unter dem Namen „kolloide Degeneration der Haut" beschriebenen Veränderungen derselben und auch das mit dieser aller Wahrscheinlichkeit nach identische Kolloid-Milium (Wagner) haben nicht die kolloide Degeneration der Bindegewebsfasern, sondern die der elastischen Fasern zur Grundlage. Die hierbei auftretenden Veränderungen der elastischen Fasern sind identisch mit jenen, welche Schmidt als Altersveränderungen der elastischen Fasern bezeichnet, welche Reizenstein aber auch bei jugendlichen Individuen angetroffen hat.

Das Kolloid-Milium und die kolloide Degeneration der Haut haben mit dem sogenannten „Hydradenoma" nichts gemein.

II. **Der Einfluſs der frühzeitigen antiluetischen Behandlung auf das Nervensystem**, von A. Deutsch-Budapest. Die Frage, ob vor dem Ausbruch der sekundären Syphilissymptome die spezifische Behandlung eingeleitet werden solle, ist noch bis zum heutigen Tage strittig. Die Anhänger der frühzeitigen Behandlung verfechten den Standpunkt, dafs das Quecksilber ein Gegengift der Syphilis ist, dafs es daher schon zu jener Zeit anzuwenden sei, wenn die ersten Symptome der Syphilis manifest sind, wenn also die primäre Induration und die indolente Infiltration und Vergröfserung der nächstgelegenen Drüsen (Leistendrüsen) konstatierbar ist.

Als Hauptargument gegen die frühzeitige antiluetische Behandlung führen viele

Autoren den ungünstigen Einfluſs an, den eine solche auf das Nervensystem ausübt. So sollen sehr rasch schwere Veränderungen in den zentralen wie in den peripheren Teilen des Nervensystems auftreten. Doch konnte eine groſse Anzahl hervorragender Klinicisten oder Neuropathologen, die sich mit der Frage des Zusammenhanges von Krankheiten des Nervensystems und der Syphilis beschäftigt haben, eine ungünstige Wirkung der frühzeitigen Behandlung gar nicht konstatieren. Im Gegenteil fand man, daſs die syphilitischen Veränderungen des Nervensystems in einem groſsen Teile der Fälle gerade bei solchen Kranken auftraten, die einer späteren Behandlung teilhaftig wurden.

Bekannt und von vielen Autoren bestätigt ist die Thatsache, daſs die Syphilis schon frühzeitig auf das Nervensystem einwirke. Schon unter den prodromalen Erscheinungen und den prämonitorischen Symptomen werden erwähnt Kopfschmerzen, Schwindel, Verstimmung des Gemütes, schlechtes Aussehen, Brechreiz, ein Symptomenkomplex, den Lang als „Meningealirritation“ bezeichnet hat. Zuweilen wird Ungleichheit der Pupillen oder träge Reaktion derselben konstatiert. Lang betrachtet diese Symptome als hyperämische oder vielleicht gar als geringe Infiltrationsvorgänge in den Meningen. Lancereaux hat Neuralgien, andere Ärzte haben Heiſshunger, Polydipsie oder Hyperidrosis beobachtet. Ebenso wie im Gehirn und seinen Häuten treten auch im Rückenmark und seinen Meningen zwischen den prodromalen Erscheinungen und innerhalb der Zeit des Ausbruches der sekundären Symptome der Syphilis Veränderungen auf. So konnte Finger vor und zur Zeit der Proruption des Exanthems eine mitunter sehr bedeutende Steigerung der Haut- und Sehnenreflexerregbarkeit konstatieren, an die sich bald ein Absinken der Reflexerregbarkeit oft tief unter die Norm, in manchen Fällen bis auf 0 anschloſs, um erst mehrere Wochen nach Schwund des Exanthems der normalen Höhe Platz zu machen. Alles dies beweist, daſs die Syphilis schon sehr früh das Nervensystem, wenn auch in Form funktioneller Veränderungen, angreift, und es drängt sich die Frage auf, ob wir nicht im stande sind, die Symptome zu verhindern, wenn wir das Virus syphiliticum schon zur Zeit des Eindringens in den menschlichen Körper schwächen.

Des Verfassers eigene Erfahrungen werden in folgenden Schluſssätzen mitgeteilt:

Gerade bei solchen syphilitischen Kranken traten Veränderungen im Nervensystem auf, die erst nach Ausbruch der sekundären Symptome mit Merkur behandelt wurden. Diese Wahrnehmung findet darin ihre Erklärung, daſs eben durch die später eingeleitete Behandlung das syphilitische Gift die Resistenzfähigkeit des erkrankten Individuums verändert.

Bei den frühzeitig Behandelten konnte eine Veränderung im Nervensystem nicht nachgewiesen werden, es war demnach die nachteilige Wirkung der frühzeitigen Behandlung auf das Nervensystem in den beobachteten Fällen nicht zu konstatieren. Im Gegenteil scheint die Einleitung einer frühzeitigen Behandlung den Ausbruch der nervösen Zufälle verhindert zu haben. Dieser Umstand könnte derart gedeutet werden, daſs das Gift der Syphilis durch das früh angewendete Merkur paralysirt wird, resp. verhindert die frühzeitige Behandlung eine Abnahme der Resistenzfähigkeit der Gewebe und auch des Nervensystems.

In dem späteren Stadium der Syphilis sehen wir auch, daſs die frühzeitig Behandelten keine Veränderung im Nervensystem aufweisen, während bei den später Behandelten, wenn auch bloſs funktionelle, Störungen im Nervensystem konstatiert werden konnten. Für Erkrankungen des Rückenmarks, beispielsweise bei Tabes, die erwiesenermaſsen durch Syphilis veranlaſst sind, kann die späte oder verspätete, nie aber die frühzeitige Behandlung verantwortlich gemacht werden.

III. **Morbus Brightii syphilitischen Ursprunges**, von A. Elsenberg-Warschau. Rayer war der Erste, welcher im Jahre 1840 Fälle syphilitischer Nierenentzündung beschrieben hat. Weitere Arbeiten haben Virchow, Beer, Wagner u. a. geliefert. Im ganzen jedoch ist die diesbezügliche Litteratur gering, weil der strikte Nachweis, dafs eine Nierenaffektion syphilitischen Ursprunges ist, nicht leicht zu jedem gegebenen Falle zu erbringen ist. Man wird von einer Nierensyphilis nur dann sprechen können, wenn andere ursächliche Momente mit Sicherheit ausgeschlossen werden können, und wenn die Nierenaffektion gleichzeitig von anderen unzweifelhaften syphilitischen Symptomen begleitet ist; als Bestätigung der Diagnose kann man häufig den günstigen Einfluſs der spezifischen Behandlung auf den Nierenprozeſs ansehen.

Folgende Formen syphilitischer Nierenaffektionen lassen sich unterscheiden:

1. Eine vorübergehende, zuweilen kaum einige Tage anhaltende Albuminurie tritt im Verlaufe von Exanthemen des früheren Stadiums auf. Sie beruht höchstwahrscheinlich auf Hyperämie der Nieren und Trübung des Epithels, wie dies bei vielen Infektionskrankheiten der Fall ist.

2. Der akute Morbus Brightii sowohl im frühen, wie im späteren Stadium der Syphilis. Derselbe unterscheidet sich weder klinisch noch anatomisch vom Morbus Brightii nicht-syphilitischen Ursprunges.

3. Der chronische Morbus Brightii, von dem dasselbe wie beim akuten gilt. Allerdings haben einige Syphiligraphen bei Syphilis eigentümliche Veränderungen in den kleinsten Nierengefäſsen konstatiert (Endarteriitis obliterans), und Lecorché und Talamon beschreiben eine im Verlaufe von Syphilis entzündlich veränderte Niere, die mit rötlichen und gelblichen Flecken besät war („gros rein mou bigarré, groſse weiche bunte Niere").

4. Einseitige oder partielle Nierenschrumpfung, bislang nur von Weigert, Key und Wagner beschrieben.

5. Die amyloide Degeneration der Nieren, welche die schweren, veralteten Formen der Syphilis, zumal die ausgedehnten, ulcerierenden Formen derselben, die Knochen- und Gelenkaffektionen u. s. w. zu begleiten pflegt.

6. Schlieſslich die Nierengummata, die echt charakteristische Form, deren syphilitischer Ursprung über jeden Zweifel erhaben ist. Es sind Gummata der Nierensubstanz von verschiedenen Autoren beschrieben. Seiler hat sogar Gummiknoten der Nierensubstanz schon bei Lebzeiten der Patienten diagnosticiert und die Diagnose später durch die Autopsie bestätigt gefunden. Welander glaubt auf Grund eigener Beobachtungen, dafs die Diagnose eines zerfallenden Gummiknotens der Niere bei einem Syphilitiker möglich ist, sobald plötzlich ohne Fieber und ohne Schmerzen in der Nierengegend Albuminurie auftritt mit einem schmutzigen, blutigen Harn und mit einem Blut, blutige Cylinder, Fetttröpfchen, zerfallende Zellen enthaltenden Sediment, und sobald diese Harnveränderungen bald schwinden.

Was die Häufigkeit der Nierensyphilis betrifft, so ist nach den vorliegenden Daten die vorübergehende Albuminurie selten, noch seltener die dem Morbus Brightii eigentümlichen Nierenveränderungen, so dafs man sagen kann, die Syphilis prädisponiere im allgemeinen nur sehr wenig zur Nierenaffektion.

Verfasser beschreibt ausführlich zwei in den letzten Jahren von ihm beobachtete Fälle, die letal endigten und zur Sektion gekommen sind.

Das klinische Bild unterschied sich bei beiden Patienten nicht von demjenigen bei Nichtsyphilitikern, und auch anatomisch lieſsen sich nur sehr geringe Differenzen wahrnehmen. Trotzdem braucht der syphilitische Ursprung nicht geleugnet zu

werden, können ja doch verschiedene Ursachen die gleichen Veränderungen in einem gewissen Organe hervorrufen, die gleichen Symptome veranlassen, welche auf diese Veränderungen zurückzuführen wären. Syphilis gehört eben zu solchen Reizen, die vielleicht wie ein Gift im Gefäfssystem der Niere cirkulieren oder mit dem Harn ausgeschieden werden, in erster Linie unter dafür günstigen Bedingungen Veränderungen in den Gefässen und im interstitiellen Bindegewebe veranlassen. Sicher aber für die Existenz der syphilitischen Brightschen Krankheit spricht die Thatsache, dafs unter dem Einflufs einer spezifischen Behandlung sehr häufig gleichzeitig mit dem Exanthem und ähnlichen Produkten der Syphilis die Albuminurie und diejenigen Symptome schwinden, welche auf eine Nephritis hindeuteten.

IV. **Über Impetigo herpetiformis**, von Dauber-Würzburg. Verfasser beschreibt in der vorliegenden Arbeit den Obduktionsbefund eines Falles von Impetigo herpetiformis, den bereits du Mesnil und Marx und das zweite Mal du Mesnil allein in Bezug auf Symptomatologie und Diagnose ausführlich besprochen haben.[1]

In den letzten Monaten hatte sich eine floride Tuberkulose entwickelt. Je mehr die Kräfte der Patientin abnahmen, desto mehr ging auch die Hautaffektion zurück, dafs zur Zeit des Todes von der Impetigo herpetiformis nur noch die Pigmentierungen und einige Ulcera auf der Wangenschleimhaut und an den Mundwinkeln übrig waren.

Die Sektion ergab: Impetigo herpetiformis, Pleuritis adhaesiva dextra, Pleuritis fibrinosa dextra, Peribronchitis lobi superioris sinistri etc. Ulcera tuberculosa intestini crassi, Ulcera tuberculosa laryngis, Ecchymoses submucosae pharyngis et laryngis, Erosiones portionis uteri.

Die Befunde, welche die mikroskopische Untersuchung von Hautschnitten ergab, stimmten nahezu vollkommen mit denen von du Mesnil überein, nur machte sich hier und da Infiltration in der Umgebung der Schweifsdrüsen bemerkbar. Von Interesse ist die Ätiologie der Krankheit. Verfasser glaubt, dafs die Ursache der Impetigo herpetiformis in toxischen Einflüssen, vielleicht spezifischer Natur, zu suchen sei, die von anderen Stellen des Organismus ausgehen hönnen, so dafs die Krankheit als eine akute oder chronische Infektionskrankheit aufzufassen wäre. Damit lassen sich die Sektionsbefunde zwangloser erklären, als durch die Annahme einer neuroreflektorischen Dermatose.

V. **Beiträge zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses**, von E. Finger, A. Ghon und F. Schlagenhaufer in Wien. (Schlufs.)

2. Zur Biologie des Gonococcus. Die Verfasser haben eingehend die biologischen Eigenschaften des Gonococcus studiert. Dieselben betreffen:

a. Das Verhalten des Gonococcus zur Reaktion des Nährbodens.

b. Das Verhalten des Gonococcus gegenüber der Temperatur.

c. Die Lebensfähigkeit des Gonococcus.

In Kapitel 3 wollen die Autoren experimentell durch Impfungen die Spezifität ihrer Gonokokkenreinkulturen feststellen, gleichzeitig aber auch einen Beitrag zur Lösung mancher bisher dunklen Frage in der Pathologie der Blennorrhoe, namentlich der Immunität gegen Neuinfektion liefern.

Kapitel 4 enthält Beiträge zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses und zwar: a. der akuten Urethritis; b. der blennorrhoischen Rheumatoiderkrankung.

Die Resultate der gesamten, umfangreichen Arbeit werden in folgenden Punkten zusammengefafst:

[1] S. *diese Zeitschr.* Bd. X. pag. 432. XIII. 446.

1. Die Kultivierung des Gonococcus mittelst Aufstreichens kokkenhaltigen Materiales auf in Petrischer Schale ausgegossenem Nährmaterial ist ein einfacher, praktischer und vollständiger Ersatz des umständlichen Plattenverfahrens, erhöht auch wesentlich die Sicherheit in der Erzielung von Gonokokkenreinkulturen.

2. Pfeiffers Blutagar, insbesondere aber Harnagar sind ein vorzüglicher Ersatz des Blutserums zur Anlage von Gonokokkenreinkulturen, insbesondere steht der Harnagar, wenn er auch in der Sicherheit des Aufgehens der Kultur hinter dem Serumagar zurücksteht, doch, was die Üppigkeit der aufgehenden Kulturen betrifft, über diesem.

3. Die Ausstrichmethode auf tauglichem Harnagar in Petrischen Schalen ist bei Anlage von Kulturen aus gonokokkenreichem Material die einfachste, praktischste Methode zur Gewinnung von Reinkulturen des Gonococcus.

4. Sowohl im Blutserum als im Harn sind es die stickstoffhaltigen Körper (Albumin, Globulin, Harnstoff), die für den Gonococcus das Nährmaterial abgeben.

5. Aber auch die Salze, besonders schwefelsaures Kalium und Natron, spielen für die Ernährung des Gonococcus eine grofse Rolle.

6. Insbesondere aber ist das Pepton auf allen unseren Nährböden für das Fortkommen des Gonococcus unentbehrlich.

7. Der Gonococcus geht auf einem stark alkalischen Nährboden nicht auf, während ein auch höherer Gehalt an sauren Salzen das Wachstum desselben nicht beeinträchtigt, sondern eher fördert.

8. Der Gonococcus vermehrt sich auf unseren Nährböden nur, wenn dieselben einer Temperatur von 25°—39° C. ausgesetzt werden, sein Wachstumsoptimum liegt um 36° C.

9. In blennorrhoischem Eiter erhält sich der Gonococcus auch bei Zimmertemperatur so lange virulent und lebensfähig, als der Eiter nicht völlig eingetrocknet ist.

10. In Wasser suspendierte Gonokokken verlieren ihre Lebensfähigkeit in wenigen Stunden.

11. Gonokokkenreinkulturen, mit den usuellen Antisepticis durch 2 Minuten in Kontakt gebracht, verlieren ihre Lebensfähigkeit nicht.

12. Wie Impfungen beweisen, ist der Gonococcus der zweifellose Erreger des blennorrhoischen Prozesses.

13. Ein abgelaufener blennorrhoischer Prozefs hinterläfst auch temporär keine Immunität gegen Neuinfektion, noch bestehende chronische gonokokkenführende oder gonokokkenfreie Urethritis schliefst Neuinfektion nicht aus, der blennorrhoische Prozefs ist also der Reinfektion und Superinfektion fähig.

14. Durch Impfung erzeugte Blennorrhoe geht nicht vor Beginn der dritten Woche auf die Pars posterior über.

15. Injektion von Gonokokkenreinkultur in das Kniegelenk bei Tieren erzeugt eine akute, rasch ablaufende Gelenksentzündung, in der aber eine Vermehrung der Gonokokken nicht nachzuweisen ist.

16. Die Stoffwechselprodukte des Gonococcus, durch Filtrieren von Bouillonkulturen oder Auskochen des Zellleibes gewonnen, in ein Gelenk injiciert, erzeugen beim Tiere keine krankhaften Veränderungen.

17. Gonokokkenreinkulturen, in die Bauchhöhle von Tieren eingebracht, erzeugen eine rasch ablaufende, auf die Gegend der Operationswunde beschränkte Peritonitis ohne wesentliche Vermehrung der Gonokokken.

18. Fieberhafte Prozesse setzen die Empfänglichkeit des Menschen gegen blennorrhoische Infektion sehr bedeutend herab.

19. Auch beim Tiere scheint die die Wachstumsgrenze des Gonococcus oft übersteigende Normaltemperatur bei Erzeugung der Immunität gegen blennorrhoische Infektion eine wesentliche Rolle zu spielen.

20. Das Verhalten der Gonokokken zum Gewebe von Schleimhäuten und deren Adnexen ist wesentlich verschieden, je nach deren Epithel.

21. Auf Schleimhäuten mit Plattenepithel bleibt der Gonococcus oberflächlich.

22. Cylinderepithel setzt der Einwanderung des Gonococcus kein Hindernis entgegen, und dringt er hier sehr rasch in das Bindegewebe ein.

23. Der Gonococcus wandert in der Urethra ebenso sehr rasch in Lakunen und Drüsen ein.

24. Wo der Gonococcus in das Gewebe eindringt, pflegt er in diesem selbst rasch und vorwiegend in das Protoplasma der Eiterkörperchen einzudringen.

25. Durch Eindringen in die Blutbahn, durch diese verschleppt, vermag der Gonococcus die Ursache der verschiedensten artikulären, periartikulären, perichondritischen Metastasen zu werden, in denen er im Gewebe mit Vorliebe das Protoplasma der Eiterzellen aufsucht.

26. Ins Bindegewebe eingeschleppt, vermögen die Gonokokken eine wirkliche Vereiterung derselben zu bedingen.

VI. Ein Fall von symmetrischer Atrophie der Haut, von F. Zinsser-Bern. Die Affektion bei dem 12jährigen, etwas anämischen, aber sonst gesunden Mädchen besteht seit fünf bis sechs Jahren und ist auf die Hände und Füfse lokalisiert. Die Mutter der Patientin giebt an, dafs Hände und Füfse in den ersten Lebensjahren vollkommen normal gewesen sind, dafs dem Ausbruch der Affektion irgendwelche lokale oder schwerere Allgemeinerkrankungen nicht vorangegangen wären. Hände und Füfse waren vorher niemals gerötet oder geschwollen, oder der Sitz von irgend welchen subjektiven Beschwerden, wie Stechen, Spannen, Schmerzen etc. Die Affektion ist von Beginn an bis zum heutigen Tage unverändert geblieben.

Auf der Dorsalseite beider Hände, etwa 1 cm oberhalb der Metakarpophalangealgelenke beginnend, bis zu den Fingerspitzen ist die Haut etwas verdünnt und weist zahlreiche, dicht stehende, selten überlinsengrofse, unregelmäfsig geformte, atrophische, pigmentlose, weifse Flecken auf. Die übrige Haut ist etwas stärker als normal pigmentiert und umgiebt in einem scharf kontrastierenden, braunen Netz die atrophischen Inseln. An einzelnen Stellen, so besonders über den Basalphalangen konfluieren die atrophischen Herde. Dieselben sind fast ganz glatt, hier und da ein wenig gefaltet und der normalen feinen Hautfurchen entbehrend.

Auf den atrophischen Stellen fehlt die Behaarung gänzlich. Lanugohärchen sind auch auf den gesunden Partien nur sehr spärlich.

Die Nägel sind dünn, brüchig, zeigen feine Längsfurchen, aber keine Lunulae.

Auf der Volarseite ist nirgends deutliche narbige Atrophie oder Pigmentierung zu bemerken.

Eine ganz leichte, feine oberflächliche Abschuppung findet auf der Dorsal- und Volarseite im ganzen Bereich der Affektion statt. — Eine merkliche Störung der Sensibilität ist nicht vorhanden, auch keine Atrophie der darunterliegenden Muskeln oder Knochen.

An den Füfsen ist die Haut der Dorsalfläche, etwa vom Lisfrancschen Gelenk beginnend bis zu den Zehenspitzen, ganz ähnlich wie die Hände, aber weit intensiver befallen. Die narbig-atrophischen Herde sind gröfser, deutlich vertieft und konfluieren zu einem Netz, welches gröfsere und kleinere, etwas erhabene, hellbraun pigmentierte rundliche Inseln umgiebt.

Hereditär Belastendes liegt bei der Patientin nicht vor, namentlich sind Nervenkrankheiten in der Familie nicht vorgekommen.

Die mikroskopische Untersuchung konnte, da die Excision eines Hautstückchens verweigert wurde, nicht vorgenommen werden. Wahrscheinlich handelt es sich nach der Ansicht des Verfassers um eine einfache, nicht tief gehende Atrophie mit Verschmächtigung des Coriums und der Epidermis, und vielleicht um eine Verminderung der elastischen Fasern. Das subkutane Fettgewebe scheint von dem Prozefs unberührt geblieben zu sein.

Aus den analogen Fällen in der Litteratur vermag Verfasser das Wesen der Krankheit nicht zu erklären. „Die auffallende Lokalisation spricht für den nervösen Ursprung der Veränderungen. Eine so gleichmäfsige Verteilung der atrophischen Herde auf die äufsersten Enden sämtlicher Extremitäten ist anders als durch eine zentrale Ursache nicht zu erklären, und da die oberflächlichen circumskripten Atrophien unmöglich die Folgen einer ungenügenden Blutversorgung sein können, kann nur das Nervensystem für die Veränderungen verantwortlich gemacht werden.

Die Annahme einer zentralen Störung im Bereich der trophischen Bahnen scheint am ungezwungensten das eigentümliche Krankheitsbild zu erklären.

VII. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie,** von Ledermann und Ratkowski-Berlin. (Schlufs.)

Die Verfasser behandeln in dem vorliegenden Teile die Bakterien, unter anderen die Syphilis-, Smegma-, Rotz-, Tuberkel- und Leprabazillen etc. und schliefsen mit einem alphabetisch geordneten Litteraturverzeichnis.

(NB. Es wäre zu wünschen, wenn die Zusammenstellung der Referate über mikrokoskopische Technik im Dienste der Dermatologie in einem handlichen Buchformat erschiene. Das Büchlein wird gewifs ein unentbehrliches Requisit auf dem Tische des Mikroskopikers und Bakteriologen werden. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band I. Heft 6. 1894.

I. **Lymphämie und Hauterkrankungen,** von A. Wassermann-Berlin. Die in Beziehung zur lymphatischen Anämie gebrachten Dermatosen lassen sich in zwei Gruppen scheiden: a) in typische; b) in atypische Affektionen. Zu den typischen Affektionen der Haut bei lymphatischer Anämie sind diejenigen Fälle zu zählen, bei denen auf dem Integument Neubildungen, Knoten entstehen, die anatomisch von derselben Struktur sind, wie die hyperplastischen Drüsen, resp. die lymphatischen Knoten in den inneren Organen. In solchen Fällen kann die Hautaffektion einfach als gleichartige Teilerscheinung des den gesamten Organismus betreffenden Allgemeinleidens angesehen werden. Hierher gehören die Lymphodermia perniciosa-Kaposi, die Lymphadénie de la peau der französischen Autoren, einige auf dem II. internationalen Dermatologen-Kongrefs beschriebene Fälle. Atypisch sind im Verlaufe der lymphatischen Anämie solche Hautaffektionen, welche in keinerlei Weise die charakteristischen lymphatischen Knoten zeigen. So werden mit der Pseudoleukämie prurigoähnliche, ferner lichenartige, auch ekzematöse Eruptionen, neuerdings eine der Pityriasis rubra ähnliche Hautaffektion als Begleiterscheinung der ersteren beschrieben.

Verfasser beschreibt einen eigentümlichen Fall aus dem Institute für Infektionskrankheiten. Die 30jährige Patientin, an Paranoia leidend, erkrankte vor 14 Tagen plötzlich mit hohem Fieber und Durchfällen. Gleichzeitig machte sich im Gesicht und an den Extremitäten eine auffallende Hautveränderung bemerkbar. Die Haut sah blafs und gelblich aus. Die Epidermis stiefs sich in grofsen Schuppen ab. An

einzelnen Stellen, namentlich im Gesicht und an den Beinen, war die Haut stark geschrumpft und atrophisch glänzend, gespannt und fühlte sich pergamentartig an. An diesen Stellen zeigten sich dann querverlaufende, rote, ca. 1/2 cm breite Fissuren in der Epidermis, wie Striae graviditatis.

Die Anamnese ergab, dafs der Vater gichtkrank, ein Bruder an Leukämie, ein anderer an Phthisis gestorben waren. Patientin hat als Kind Brustfellentzündung und Lungenkatarrh durchgemacht.

Aufser dem Gefühl des Fröstelns hat sie jetzt keine Beschwerden von der Hautaffektion. Jucken ist nicht vorhanden.

Die Untersuchung konnte eine Vergröfserung der Milz oder Leber nicht nachweisen. Die linke Lungenspitze ist leicht afficiert. Lymphdrüsen nirgends geschwollen. Kein Eiweifs, kein Zucker im Urin.

Im weiteren Verlaufe schwankt das Fieber zwischen 37—40°. Die Prostration nimmt stetig zu, und es entwickelt sich ein soporöser Zustand. Die Hautaffektion befällt jetzt auch Brust- und Bauchhaut; gleichzeitig bestehen durch nichts zu stillende, schliefslich blutige Durchfälle. Unter zunehmender Schwäche starb die Patientin.

Eine bestimmte Diagnose konnte aus dem klinischen Bilde nicht gestellt werden.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab auf den ersten Blick die Erscheinung einer ausgesprochenen Anämie, die durch Poikilocytose und die Anwesenheit spärlicher Normoblasten und sehr vereinzelter Megaloblasten gekennzeichnet war. Das Blut zeigte etwas über die Norm vermehrte weifse Blutkörperchen und unter ihnen sehr starkes Überwiegen der Lymphocyten, während bei gewöhnlicher Leukocytose die polynukleären Elemente vermehrt zu sein pflegen. Auch Prof. Ehrlich hatte in einer Reihe früher untersuchter Fälle im Gegensatze zu der üblichen Annahme, dafs bei Pseudoleukämie die weifsen Blutelemente unverändert seien, in allen Fällen eine einseitige absolute Vermehrung der Lymphocyten beobachtet. Demnach wäre es möglich, aus dem Blutbefunde die Diagnose der Pseudoleukämie zu stellen.

Die Sektion ergab in der linken Lungenspitze eine alte tuberkulöse Narbe und als Hauptbefund die retroperitonealen Lymphdrüsen zu faustdicken Packeten geschwollen. An einer Stelle drückte eine Drüse von unter her stark gegen den absteigenden Ast des Duodenums.

Hier fand sich eine hämorrhagisch gefärbte, etwa zehnpfennigstückgrofse, unregelmäfsig gestaltete Ulceration der Schleimhaut. In keinem Organe waren sonst Lymphome nachzuweisen; die Milz war von normaler Gröfse und Beschaffenheit.

Die mikroskopische Untersuchung der Drüsentumoren ergab weder Tuberkelbacillen noch Riesenzellen. Das Gewebe zeigte das Bild der lymphatischen Hyperplasie; stellenweise waren die Zellen in fettigem Zerfalle. Die untersuchten Stücke der veränderten Haut zeigten Desquamation des Epithels und starke Atrophie des Rete. An den Stellen, wo die Fissuren der Epidermis safsen, bestand eine bedeutende Ektasie der Gefäfse. Das in diesen Gefäfsen vorhandene Blut bestand in seinen weifsen Elementen fast ausschliefslich aus Lymphocyten.

Ob ein Zusammenhang zwischen der Dermatose und dem Allgemeinleiden besteht, und welches von beiden als das primäre aufzufassen ist, darüber vermag Verfasser ein endgültiges Urteil nicht abzugeben.

Ist es möglich, bei derartig atypischen pseudoleukämischen Hautaffektionen durch Nachweis einer absoluten einseitigen Vermehrung der Lymphocyten im Blute frühzeitig die Diagnose auf maligne Lymphome zu stellen, so kann dies therapeutisch von gröfstem Werte sein, da bekanntlich eine geeignete Arsenbehandlung gerade bei

malignem Lymphom nicht selten gute Resultate giebt. Auf jeden Fall ist dringend anzuraten, bei Hautaffektionen der beschriebenen Art der Blutuntersuchung eine dauernde Aufmerksamkeit zuzuwenden und beim Auftreten einer Lymphämie sofort eine energische Arsenbehandlung einzuleiten.

II. **Endocarditis et Chorea blennorrhoica**, von M. Litten-Berlin. (Schluſs.)

Wie Verfasser im ersten Teile dieser Arbeit erwähnt hat, kam im Gefolge eines Trippers eine einfache, benigne Form der Endocarditis auftreten, welche klinisch sich durch systolische Geräusche an der Mitralis manifestiert, ohne daſs Zeichen kompensatorischer Hypertrophie seitens des rechten Ventrikels wahrzunehmen sind. Als Vermittelungsglied zwischen dem Tripper und der Endocarditis ist in solchen Fällen stets eine Gelenkaffektion zu konstatieren. In der Regel heilt die Endocarditis ab, indem wahrscheinlich die endokardialen Entzündungsprodukte resorbiert werden, ohne umfangreichere Verdickungen, Verwachsungen oder Schrumpfungen zu hinterlassen. Neben dieser harmloseren Form der Endocarditis blennorrhoica kann im Verlaufe des Trippers zuweilen auch jene schwere Form der malignen, ulcerativen Endocarditis auftreten, welche unter dem Bilde schwerster allgemeiner Sepsis verläuft. His schildert den Krankheitsprozeſs, wie er sich aus jenem Falle ergab, folgendermaſsen: „Im Verlaufe eines Trippers von geringer Intensität kommt es zur Bildung septischer Thromben in den Venen der Prostata und des Plexus pubicus, von denen die weitere Infektion des Körpers ausgeht. Zunächst lokalisiert sich der Prozeſs auf den Aortenklappen, anfangs latent, dann nach heftiger Gemütsbewegung und gründlicher Durchkältung manifestiert sich die ulceröse Endocarditis in Hautembolien, die unter Schüttelfrösten auftreten und von einem rein hyperämischen, septischen Exanthem begleitet werden. Der weitere Verlauf ist der einer pyämischen Erkrankung: septische Embolien in Milz, Niere und Lungen, multiple Hämorrhagien unter die serösen Häute und in zahlreiche Organe, interstitielle Entzündung des Herzmuskels und, wohl als deren Folge, schlieſslich Herzschwäche, die zum Tode führt."

Verfasser bemerkt, daſs His Unrecht habe, die Hautembolien, resp. die Hautblutungen durchaus als eine Manifestation der ulcerösen Endocarditis anzusehen. Er habe Fälle gesehen, in welchen solche über den ganzen Körper verbreitete Hautembolien ganz ohne Endocarditis zu stande kamen. Unter anderen habe er den von Recklinghausen in seiner *„Allgemeinen Pathologie"* beschriebenen und als „Leopardenfell" bezeichneten Fall selbst seciert und keine Spur einer ulcerösen Endocarditis, die man wohl in vivo vermutet hatte, sondern nur eine ganz geringe und frische, eben beginnende endokardiale Auflagerung auf den Mitralklappen vorgefunden.

Verfasser bespricht im folgenden einen zweiten von H. Martin in Vevey[1] beschriebenen Fall und geht dann zu einer anderen Komplikation der Blennorrhoe, welche sich im Gebiete des Nervenapparates abspielt, zur „Chorea blennorrhoica" über.

Bis jetzt ist eine spinale Lokalisation der Blennorrhoe nur unter dem Bilde der Myelitis beobachtet worden.

Verfasser hat zwei Fälle von Tripper-Chorea beobachtet, von denen wir den ersten aus der Frerichsschen Klinik stammenden ausführlicher erwähnen. Er betraf einen früher stets gesunden jungen Mann von 21 Jahren. Hereditär Belastendes lag nicht vor. Das gesamte Krankheitsbild war charakterisiert durch Blennorrhoe, Polyarthritis, Chorea, Endocarditis mitr. acuta, wiederholt auftretende Hautblutungen und Milzschwellung. Bei dem Patienten trat bald nach Unterdrückung des Ausflusses unter Fiebererscheinungen eine sehr schmerzhafte Schwellung des rechten Knie-

[1] „Etudes sur les métastases suppuratives d'origine blennorrhagique", in *Rev. méd.* 1882.

gelenkes und des Metatarsophalangealgelenkes an der grofsen Zehe des rechten Fufses auf. Die Temperatur schwankte mehrere Tage zwischen 38,5—39,5°, während die Schwellung und Rötung der ergriffenen Gelenke noch zunahm. Am achten Tage nach Beginn der Gelenkaffektion stellten sich heftige Schüttelbewegungen der linken Seite ein, die im Laufe der nächsten 24 Stunden allgemeiner wurden und die Muskeln des Gesichtes und des Thorax mit ergriffen. Ziemlich gleichzeitig wurde systolisches Geräusch an der Herzspitze entdeckt, das in den nächsten Tagen an Intensität zunahm und dann als laut blasendes Geräusch fast über dem ganzen Sternum gehört wurde. Die Dämpfung reichte nach rechts bis zum rechten Sternalrand. Multiple Hautblutungen waren wiederholt aufgetreten. Die Milz war vergröfsert. Unter Salicylgebrauch besserten sich die Gelenke, während die Zuckungen noch eine Zeit lang in voller Heftigkeit fortbestanden, dann aber mit der abnehmenden Gelenkschwellung allmählich nachliefsen. Als der Patient nach drei Wochen das Krankenhaus verliefs, hatte das Fieber aufgehört. Es bestanden nur noch mäfsige Zuckungen der Extremitäten und Gesichtsmuskeln. Dagegen liefs sich das systolische Geräusch und die Verbreiterung des rechten Ventrikels noch unverändert nachweisen. An dem ätiologischen Zusammenhang zwischen Tripper und Chorea in dem vorliegenden Falle wurde seiner Zeit auch von Frerichs nicht gezweifelt mit der Begründung, dafs der junge Mann früher stets gesund gewesen wäre und aus absolut gesunder Familie stammte, und dafs zahlreiche, wenn auch nicht durch Tripper bedingte Fälle von Chorea bekannt seien, welche sich an die verschiedensten Infektionskrankheiten, wie Scarlatina, Intermittens, Diphtheritis, Tuberkulose, Morbilli, Polyarthritis rheumatica, Variola, Abdominaltyphus etc., angeschlossen hätten, meist in derselben Weise, wie im vorliegenden Falle, dafs nämlich zwischen der Infektionskrankheit und dem Auftreten der Chorea noch ein mit Endocarditis komplicierter Gelenkrheumatismus zum Ausbruche gekommen wäre. In einigen Fällen sei allerdings die Endocarditis mit der Chorea gleichzeitig nach der Polyarthritis aufgetreten.

Verfasser beschreibt einen zweiten hierher gehörigen Fall.

III. **Über Lichen ruber verrucosus**, von E. Gebert. Im Rahmen des Lichen ruber planus finden sich sehr weit auseinanderliegende Krankheitstypen. Als eine ganz eigentümliche Abart des Lichen planus ist die verruköse Form desselben anzusehen, bei der sich neben typischen Lichen planus-Knötchen warzige Tumoren entwickeln, die Lichenknötchen vielfach in den Hintergrund drängen und so das hervorstechendste Merkmal dieser Form bilden. In der neueren Litteratur sind einige solcher Fälle beschrieben. Verfasser bespricht kurz die Litteratur und teilt einen typischen Fall von Lichen verrucosus aus Dr. Blaschkos Poliklinik ausführlich im folgenden mit.

Der Patient ist ein 67jähriger Landarbeiter, dessen Hautleiden vor sechs Jahren mit heftigem Jucken am linken Fufse oberhalb des inneren Knöchels begann. Er kratzte sich wund, und im Anschlufs an die Wunde entstand nach einigen Wochen an derselben Stelle eine kleine warzige Geschwulst, die stetig gröfser wurde. Der Kranke beobachtete, dafs nach dem Kratzen Geschwülstchen entstehen, die während und nach ihrer Entwicklung neues, intensives Jucken verursachen.

Gegenwärtig ist der linke Unterschenkel an der Innen- und Vorderseite mit einer grofsen Zahl von kleineren und gröfseren, derben, meist braunroten Geschwülstchen bedeckt, die in Längsreihe angeordnet sind und, hinter dem Malleolus internus beginnend, nach aufsen und vorn dem Verlaufe der stark geschlängelten varikösen Venen entlang sich über den ganzen Unterschenkel hinauf bis zur Mitte des Oberschenkels erstrecken. Die gröfseren Tumoren sehen wie zerklüftete, stark gewucherte Warzen aus und haben eine gelbweifse Färbung, während die kleineren fast voll-

ständig typischen Lichenplaques gleichen und braunrot, hyperämisch aussehen. Alle fühlen sich sehr derb, trocken und etwas höckerig wie Chagrinleder an. Zwischen diesen Geschwülstchen und um dieselben herum finden sich zum Teil dunkelrote, wachsglänzende, charakteristische Lichenknötchen, zum Teil ein lichenartiges Ekzem und viele Kratzeffekte. In ähnlicher Weise ist der rechte Unterschenkel ergriffen.

Die mikroskopische Untersuchung einer vom Oberschenkel excidierten und in Alkohol gehärteten Geschwulst ergab eine nicht bemerkenswert veränderte Epidermis. Das Rete war allerdings an den Stellen, welche die Höhe der Geschwülste bilden, stärker entwickelt; die epidermidalen Fortsätze waren auch bedeutend länger und breiter, aber die wesentliche Zusammensetzung der Tumoren gehörte der Cutis an. Es handelte sich im vorliegenden Falle nicht, wie bei den Warzen, um eine Papillarhypertrophie, d. h. um Gebilde, an deren Zusammensetzung Papillarkörper und Epidermis in gleicher Weise beteiligt sind, sondern um Tumoren, die, ausschliefslich in der Cutis gelegen, gegen die gesunde Cutis scharf abgegrenzt sind, und deren Masse von einem eigentümlichen, aus Rund- und Spindelzellen zusammengesetzten Gewebe gebildet sind.

IV. **Über die Einwirkung von Gallobromol auf die Blennorrhagie**, von H. Müller-Berlin. Gallobromol ist seiner chemischen Zusammensetzung nach als Dibromgallussäure von der Formel $C_6Br_2(OH)_3—COOH$ aufzufassen. Es besteht aus feinen in heifsem Wasser und Äther leicht, in kaltem Wasser nur bis 12% löslichen weifsen Nadeln. Dem Gallobromol werden eine lokal antiseptische und infolge seines Bromgehaltes allgemein sedative Wirkung zugeschrieben. Es ist von Cazeneuve-Rollet (*Lyon méd.* Juli 1893), später von Letzel (*Ärztl. Rundsch.* 1894. No. 13) gegen Blennorrhoe empfohlen worden. Nach Letzel wirkt es sekretionshemmender, als Thallin, Resorcin, Zincum sulfuricum, Ichthyol. Mit letzterem hat Letzel keine besonders guten Erfahrungen gemacht, während er von Einspritzungen von 1%iger Gallobromollösung (viermal täglich) bei den meisten nicht komplicierten Fällen den Ausfluſs schon nach zehn Tagen vollständig schwinden sah.

Verfasser hat nun eine Nachprüfung der Letzelschen Versuche vorgenommen und ist nicht zu gleich günstigen Resultaten, wie dieser, gelangt. Die von Letzel konstatierte sedative Wirkung des Gallobromols blieb in den vom Verfasser beobachteten Fällen aus. Weder das Brennen beim Urinieren, noch die quälenden nächtlichen Erektionen wurden durch das Mittel wesentlich beeinfluſst, während lokale Applikation kalter Umschläge die Beschwerden stets prompt milderte.

Ein so rasches Verschwinden des Ausflusses, wie Letzel es unter Gallobromoleinspritzungen sah, konnte Verfasser bei seinen Fällen nicht konstatieren. Dem Gallobromol ist nach den Erfahrungen des Verfassers nur eine mäfsige sekretionshemmende Kraft beizumessen.

Vergleicht man die Ergebnisse dieser Versuche mit den Erfolgen der Ichthyoltherapie, wie sie seit Jadassohns Publikation in der Poliklinik von Dr. Joseph bei Blennorrhagie zur Anwendung kommt, so steht folgendes fest:

1. Im akuten Stadium der Blennorrhoe läfst sich Ichthyol im Gegensatz zu Gallobromol ohne Schmerzen für den Patienten einspritzen.

2. Das Ichthyol (1%ige Lösung) mildert Blennorrhoe in kürzerer Zeit, als das Gallobromol, wird daher eher Komplikationen zu hindern vermögen.

3. Die Einwirkung beider Mittel auf die Gonokokken ist unwesentlich.

4. Das Ichthyol erspart den Patienten die roten Gallobromolflecke in der Wäsche, die sich zwar durch Anwendung von Citronensäure beseitigen lassen, aber zumal bei einem nicht prompt wirkenden Mittel eine recht unangenehme Beigabe bilden.

V. **Über Oesypus**, von O. Rosenthal-Berlin. Der Vortrag wird a. a. O. referiert.

VI. **Zur Kasuistik der Joddermatosen**, von P. Brons van Dort-Rotterdam. Verfasser wurde von einem Patienten, bei dem er einige Monate vorher Syphilis festgestellt hatte, wegen eines vor zwei Wochen entstandenen Exanthems konsultiert. Dasselbe hatte Kinn, Backen, Kehlkopfgegend, Nasenflügel, Knie- und Ellenbogengelenk, Streckseite, rechtes Handgelenk, Beugeseite, rechte Vola manus, Planta pedis beiderseits und endlich Aufsenwand der rechten Fufssohle ergriffen. Im Gesicht zeigten die Efflorescenzen teils die typische Form des Furunkels, teils die der Acne vulgaris, an den Extremitäten dagegen waren sie teils ulcerös, teils bullös. Die ulcerösen Eruptionen hatten eine kreisrunde Gestalt, scharf umschriebene Ränder, einen mit nekrotischen Fetzen und Krusten bedeckten eiterigen Grund mit mäfsiger Infiltration; ihr Durchmesser schwankte zwischen 1—1,5 cm. Die bullösen, speziell auf dem rechten Fufs lokalisiert, waren haselnufsgrofs und prall, mit hämorrhagischem Serum gefüllt. Jede Efflorescenz war von einem mehr oder weniger hyperämischen Hof umgeben. Jucken fehlte fast vollständig, und Schmerzhaftigkeit bestand nur bei starkem Drucke. Neben diesem Exanthem zeigte der Patient Papeln auf der Wangen-, Lippen- und Zungenschleimhaut. Nach den Angaben des Patienten war der Ausschlag im Anschlufs an die Darreichung von Jodkalium entstanden, das er in einer Tagesdosis von 2,0 g erhielt. Etwa zwei Wochen, nachdem er mit Jodkalium begonnen hatte, entstand der Ausschlag, der unter dem fortgesetzten Gebrauche von Jodkalium nach und nach die jetzige Ausdehnung gewann.

Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose des Falles, welche nach Ausschlufs von Pemphigus, Impetigo und namentlich maligner Syphilis auf Joddermatose lautete. Die Diagnose wurde befestigt durch die Thatsache, dafs es Verfasser gelang, im Harn die Anwesenheit von Jod nachzuweisen. (NB. Ist kein strikter Beweis, da bei Jodkaliumgebrauch der Nachweis von Jod im Urin auch gelingen kann, auch wenn eine Joddermatose nicht vorhanden ist. Ref.) Vor allem wurde die Richtigkeit der Diagnose dadurch bestätigt, dafs schon drei Tage nach dem Aussetzen des Jodkaliums eine wesentliche Besserung des Hautausschlages eingetreten war. Der Gebrauch von Jodkalium wurde nunmehr ganz sistiert; die Blasen wurden ihres Inhaltes entleert, alles mit sterilisiertem Borwasser abgespült und mit Hg-Karbolpflastermull bedeckt. Nach vier Wochen war der Ausschlag mit Hinterlassung von Narben auf den Stellen der Ulcerationen gänzlich verschwunden.

VII. **Zur Therapie des Melanoms**, von O. Lassar-Berlin. Die Melanome können jahrelang unverändert klein bleiben, bis sie plötzlich, besonders nach Traumen und selbst nach operativen Eingriffen, anfangen, rapide zu wachsen und zahlreiche Metastasen zu bilden. So exstirpierte Schulten einen Pigmentfleck, der sich seit vier Jahren auf dem Vorderarme befunden hatte, und unmittelbar darauf traten zahlreiche Knötchen am ganzen Körper auf. Die Litteratur enthält mehrere solcher Fälle; andererseits wird aber über günstige Ergebnisse von operierten Melanomen berichtet. Die Prognose richtet sich wahrscheinlich nach der Natur der Geschwulst. Die Melanocarcinome, resp. Kankroide neigen viel weniger zur schnellen Metastasenbildung, als die Melanosarkome. Man wird also vor einem Eingriffe sich erst über die Struktur der Geschwulst genau orientieren. Indessen hat die Unterscheidung keine sehr grofse praktische Bedeutung, weil die Sarkome der Zahl nach die Kankroide bei weitem überwiegen.

Verfasser beschreibt folgenden Fall. Eine bis dahin gesunde Frau, Mitte der Dreifsiger, bemerkte im Sommer 1893 unterhalb der rechten Mamma, da, wo das Korsett ein altes Pigmentmal gescheuert hatte, das Auftreten eines lichengrofsen Knötchens, das nach und in der Peripherie sich ausdehnte und schwarz aussah. Die kleine Geschwulst wurde von einem Arzte mit dem Galvanokauter entfernt, wuchs

jedoch nach einiger Zeit nach und hatte schliefslich, als die Patientin im Oktober 1893 in die Behandlung des Verfassers kam, die Gröfse einer Kirsche erreicht. Die Oberfläche war drusig, die Farbe dunkelrot mit schwarzem Flecke. Die Entnahme eines Partikelchens zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung wurde verweigert. Die Diagnose, ob Melano-Sarkom oder -Carcinom, mufste in suspenso bleiben. Makroskopisch sprach der warzige Bau mehr für Carcinom. Die Patientin wurde mit Arsenik behandelt, und zwar erhielt dieselbe dreimal täglich je fünf Tropfen der üblichen Lösung:

℞ *Sol. Kalii arsenic.*
Aq. Menth. ā

Gleich in den ersten drei Wochen der Arsenmedikation begann die Involution der Geschwulst. Als dieselbe auf die Hälfte geschrumpft war, mufste die Frau sich der Behandlung entziehen und kehrte erst nach einigen Monaten wieder zurück. Der Tumor war inzwischen gewachsen. Unter konsequent fortgesetztem Gebrauch von Arsen ist die Geschwulst schliefslich vollständig und ohne jeden Rest verschwunden. Das schwarze flache Pigmentmal dagegen ist geblieben und hat sich mit Hinterlassung eines weifsen Zentrums in der Fläche eher ausgebreitet.

VIII. **Neueres aus der physiologischen Dermatologie**, von W. Cohnstein-Berlin. Verfasser referiert kurz und übersichtlich und begleitet mit epikritischen Bemerkungen die neueren, von uns bereits im Referat gebrachten Arbeiten über:

1. Die Entwickelung des Oberhautpigments.

2. Die Permeabilität der Haut für Gase, Flüssigkeiten, flüssige und festere Fette (Glycerin, Öl, Lanolin, Vaselin etc.).

3. Resorption, Diffusion, Osmose, Kapillarattraktion etc., wobei eingehend besprochen werden die Arbeiten von Juckuff über: „Die Verbreitungsart subkutan beigebrachter, mit den Gewebssäften nicht mischbarer Flüssigkeiten im tierischen Organismus“ und der Aufsatz von Ludwig: „Über den Nachweis des Quecksilbers und über die Lokalisation des Quecksilbers im Organismus nach dessen Einverleibung.“

4. Die sekretorische Thätigkeit der Haut („Versuche über Hautabkühlung“, Winternitz. „Die Kohlensäure- und Wasserausscheidung der Haut bei Temperaturen zwischen 30—39°“, Schierbeck) etc.

So mancher Dermatologe, der nicht Zeit oder Lust hat, die eingehenden, nicht überall kurzweiligen Arbeiten über die erwähnten Themata zu lesen und durchzustudieren, wird die Zusammenstellung des Verfassers freudig begrüfsen und zur raschen Orientierung gern benutzen. *C. Berliner-Aachen.*

The British Journal of Dermatology.
1894. Heft 6.

I. **Seborrhoe**, von W. Beatty-Dublin. (Vortrag, gehalten im „Dubliner biologischen Klub“, 20. März 1894.) Redner bespricht eingehend Unnas Arbeit über das seborrhoische Ekzem (1887) und rekapitaliert die wesentlichsten Punkte aus derselben. Er hat mehrere Jahre in dem Lichte von Unnas klinischen Beobachtungen die Ekzemfälle studiert und kann nunmehr dessen Angaben vollauf bestätigen.

„Unnas klinische Beschreibungen“, sagt B., „sind wirklich ausgezeichnet. Dafs es eine Form von Ekzem giebt, welche in der Mehrzahl der Fälle auf der Kopfhaut beginnt, welche grofse Neigung zeigt, sich abwärts auf die Stirn und die Ohren, auf die Augenlider, um die Nase und den Mund auszubreiten; dafs sie häufig in der Intermammar- und Interskapulargegend, in den Gelenkbeugen, in der Perineal- und Krurogenitalgegend auftritt; dafs sie für gewöhnlich ein gelbes oder gelblich-rotes

Kolorit aufweist und ganz besonders stark zu serpiginöser Ausdehnung hinneigt, alles dies sind Thatsachen, welche über jeden Zweifel erhaben sind." Auch von dem gleichzeitigen Auftreten dieser Ekzemform und der Knotensyphilis hat B. sich in vielen Fällen überzeugen können. Was dagegen die Pathologie des seborrhoischen Ekzems betrifft, so fühlt man sich leicht geneigt, mit UNNA darüber zu diskutieren.

Die Fragen, die sich Redner in dieser Richtung vorzulegen pflegte, sind folgende:

1. Ist die Seborrhoea oleosa wirklich eine Hypersekretion der Schweifsdrüsen?

2. Ist die Vernix caseosa ebenfalls ein Produkt einer von den Schweifsdrüsen ausgehenden Hypersekretion, vermischt mit exfoliierter Epidermis?

3. Ist die Seborrhoe in jedem Falle (ausgenommen die ölige Form und die Vernix caseosa) wirklich eine entzündliche, hauptsächlich die Schweifsdrüsen treffende Affektion?

4. Insbesondere ist dies der Fall bei der Pityriasis capitis?

Die erste Frage kann durch Beantwortung der Frage „Secernieren die Schweifsdrüsen normalerweise Fett?" erledigt werden.

Redner hat sich bei seinen Untersuchungen davon nicht überzeugen können, giebt aber zu, dafs zweifellos die Knäueldrüsen häufig von Fett umgeben sind. Als Hauptargument gegen UNNAS Ansicht führt Redner an, dafs er in einer grofsen Zahl von mit Osminsäure gefärbten Schnitten der Haut verschiedener Tiere keine Spur von Fett in dem Epithel der Schweifsdrüsen und ihrer Ausführungsgänge oder in dem Lumen derselben finden konnte.

Die zweite Frage beantwortet B. in negativem Sinne. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Kopfhaut eines mit Vernix caseosa zur Welt gekommenen Kindes fand sich eine mit Osmiumsäure schwarz gefärbte fettige Schicht auf der Oberfläche der Epidermis und schwarz gefärbte Massen in den Talgdrüsen, während die Schweifsdrüsen und ihre Ausführungsgänge davon frei waren.

Auf die dritte Frage vermag B. keine vollständige Antwort zu erteilen. Vieles spricht dafür, dafs die Seborrhoe eine Entzündung ist, die von der leichtesten, makroskopisch kaum wahrnehmbaren bis zur schwersten, klinisch leicht erkennbaren Form sich abstufen kann.

Mit Rücksicht auf seine Beobachtungen an den Schweifsdrüsen gesunder Tiere, ist Redner nicht abgeneigt, mit UNNA anzunehmen, dafs die Schweifsdrüsen Fett secernieren.

Zur Beantwortung der vierten Frage hat B. Gelegenheit gehabt, die Kopfhaut einer an Diabetes verstorbenen Frau zu untersuchen, welche Jahre hindurch eine ausgesprochene Pityriasis capitis gehabt hatte. Es lag hier bereits das spätere Stadium der Pityriasis capitis vor.

Das Resultat dieser Untersuchung war folgendes:

Die untersuchten Schnitte zeigten zahlreiche Beethaare, atrophierte Follikel, keine Anzeichen von fibröser Veränderung im Fundus der Haarfollikel; ferner excessive Bildung von Hornmassen in einigen Haarfollikeln, gewisse, aber nur schwache Anzeichen von Inflammation; Mikroorganismen auf der Oberfläche der Epidermis, welche sich in die Mündung der Follikel und der Schweifsdrüsenduktus hineinerstreckten; grofse Talgdrüsen, mit Osmiumsäure gut schwarz gefärbt; keine Anzeichen von Schwarzfärbung der Schweifsdrüsen oder ihrer Ausführungsgänge; keine Vermehrung der Schweifsdrüsen.

Redner kann auf Grund seiner Beobachtungen nur die Ansicht verteidigen, dafs die Seborrhoe eine Krankheit der Talgdrüsen sei. Andererseits möchte er UNNA darin beipflichten, dafs die sog. trockene Seborrhoe entzündlicher Natur und deshalb dem seborrhoischen Ekzem zuzuzählen sei.

II. **Ausschlag infolge Gebrauchs von Sandelholzöl,** von A. Morton-Glasgow. Ein 25jähriger junger Mann konsultierte den Verfasser wegen einer vor wenigen Tagen acquirierten Blennorrhoe. Dem Patienten wurden zu Einspritzungen eine Chlorzinklösung und innerlich Sandelölkapseln (à 20 Tropfen 3—4 Mal täglich) verordnet. Der Ausfluſs besserte sich schnell. Nach dreiwöchentlichem Gebrauche der Kapseln bekam der Patient plötzlich einen Ausschlag am Stamm und den unteren Extremitäten. Die Eruption bestand aus dunkelroten, erythematösen, kleinerbsengroſsen Flecken. Einige waren mehr purpurrot. Hie und da konfluierten dieselben und bildeten groſse, erythematöse Stellen mit zahlreichen, einzelstehenden Flecken in der Peripherie. Die Flecken waren nur sehr schwach über das Niveau der umgebenden Haut erhaben und zeigten eine ganz glatte Oberfläche. Der Ausschlag war symmetrisch und stärker auf dem Rücken, als auf der Vorderseite des Körpers ausgeprägt. Gesicht, Hals, Arme waren frei. Jucken oder sonst subjektives Symptom bestand nicht. Rheumatische Schmerzen oder irgend welche konstitutionelle Störungen waren nicht vorhanden. Der allgemeine Gesundheitszustand war zufriedenstellend.

Dem Patienten wurde geraten, die Sandelölkapseln beiseite zu legen, und nach wenigen Tagen war der Ausschlag ohne Abschuppung mit Hinterlassung einer schwachen Pigmentation verschwunden. Letztere verging ebenfalls nach kurzer Zeit.

Verfasser bespricht die Litteratur. Einige Autoren berichten über Ausschläge infolge von Sandelölkapseln. Diese Ausschläge zeigten jedoch einen mehr urticariaähnlichen Charakter. Manche Autoren, namentlich Franzosen, beschreiben Eruptionen im Gefolge von Blennorrhoe. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, daſs dieselben in keinem direkten Zusammenhang mit der Blennorrhoe stehen, sondern zumeist auf den Gebrauch von Balsamicis, namentlich Copaivabalsam, zurückzuführen sind.

III. **Glykosurie infolge Gebrauches von Thyreoidextrakt.** Der 45jährige Patient mit einer alten Psoriasis hatte Thyreoidextrakt in Tabletten (2 täglich) genommen, ohne einen besonderen Effekt auf die Krankheit konstatieren zu können (wahrscheinlich, weil die Dosen zu klein waren). Als er darauf 4 Tabletten täglich nahm, stellten sich nach Verlauf einer Woche Kongestionen, Herzklopfen, psychische Depression, Zittern der Hände etc. ein. In der zweiten Woche klagte der Patient über Atembeschwerden. Der Puls stieg bis zu 132 in der Minute. In dem Atem konnte man deutlich Acetongeruch wahrnehmen. Die Urinmenge war stark vermehrt, der Urin hatte ein spezifisches Gewicht von 1032 und enthielt bei allen Untersuchungen Zucker. Das Mittel wurde ausgesetzt, worauf der allgemeine Zustand sich besserte. Gegenwärtig sind alle Symptome verschwunden, nur die Psoriasis nicht.

IV. **Zwei Fälle von Pemphigus mit tödlichem Ausgange,** von St. Taylor-Liverpool. Fall 1 betraf eine 44jährige, verheiratete Frau, welche im Jahre 1889 in die Behandlung des Verfassers kam. Bis dahin hatte sich die Patientin einer guten Gesundheit erfreut und niemals an einer Hautkrankheit gelitten. Seit einigen Tagen klagte sie über allgemeines Unwohlsein und Fieber.

Bei der ersten Besichtigung zeigte die Patientin 20—30 Blasen, hauptsächlich am Stamm. Dieselben waren cirkulär oder oval, verschieden groſs, prall gefüllt und enthielt Serum. Sie zeigten anfangs keine Neigung, sich auszubreiten, sondern platzten, trockneten zu Krusten ein. Die Eruption trat ohne jedes voraufgehende Erythem auf. Im weiteren Verlaufe der Krankheit wurden die Handteller und Fuſssohlen ergriffen. Die Schleimhäute waren noch frei. Die Temperatur war beträchtlich erhöht, der Puls beschleunigt. Der Urin enthielt weder Eiweiſs, noch Zucker.

Die Therapie, die nur zeitweilig, aber keine nachhaltige Besserung brachte, bestand in einer Fieberdiät, äuſserlich in Applikation von Bor-Zink-Amylumpuder. Die

Patientin starb schliefslich nach längerem Krankenlager. Eine Autopsie wurde nicht gestattet.

Fall 2 betraf eine 45jährige Farmerin. Die Patientin war stets gesund gewesen, Vor zwei Jahren begann sie über dyspeptische Symptome zu klagen. Einige Monate später zeigten sich die ersten Symptome der Hautaffektion auf dem Kopfe. Später wurden die Nase, der Mund, der Rachen befallen.

Bei der Aufnahme zeigte die Patientin auf dem Scheitel des Kopfes eine unregelmäfsig gestaltete, von Epidermis und Haaren entblöfste und mit Eiter bedeckte Stelle. Die Papillen waren beträchtlich vergröfsert und bluteten leicht auf Berührung. Einige aufgebrochene, vereiternde Blasen befanden sich an beiden Ohrmuscheln und am inneren Winkel beider Augen. Die Schleimhaut der Lippen, des harten und weichen Gaumes war nahezu vollständig von Epithel entblöfst, während hie und da noch Spuren von augenscheinlich gesundem Gewebe vorhanden waren. Die Zunge war geschwollen und mit einem weifsen Belag bedeckt; gleichzeitig flofs der Speichel frei aus dem Munde. Die Submaxillardrüsen waren etwas geschwollen. Um den Nabel und zwischen den Schultern befanden sich grofse Blasen von unregelmäfsiger Gestalt. Die Vulva war mit Blasen bedeckt, von denen einige aufgebrochen waren; die Epidermis hing stellenweise in Fetzen herab, während die entblöfste Cutis (?) rot und leicht blutend erschien.

Trotz sehr sorgfältiger Behandlung ist die Patientin an zunehmendem Marasmus gestorben. Verfasser bespricht allgemein die beiden Fälle, die von den gewöhnlichen Pemphigusfällen viele Abweichungen zeigen und deshalb nicht leicht in eine bestimmte Klasse einzureihen seien. Auch die Nomenklatur für die beiden Fälle stöfst auf Schwierigkeiten. Am meisten entsprechen würde „Pemphigus vegetans".

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Bd. XII. Mai 1894.

I. **Osteosis der Haut des Fufses**, von W. Coleman. Das sechsjährige Mädchen hatte nach den Angaben ihrer Mutter vor 2½ Jahren die ersten Anzeichen der Affektion gezeigt. An der Fufssohle, namentlich unter der Ferse, begann damals die Haut und das darunterliegende Gewebe sich zu verdicken. Ein und ein halbes Jahr später wurde die vierte Zehe in den Prozefs mithineingezogen, indem sie nach und nach gleichmäfsig an Umfang zunahm und die anderen Zehen an Gröfse weit überragte. Später wurde die Haut an den befallenen Stellen knorpelhart; knotige Erhabenheiten und unregelmäfsige Verdickungen traten an ihrer Oberfläche auf. Durch die Operation wurde die Stelle an der Ferse, wie auch die befallene Zehe entfernt. Dieselben wurden in Alkohol gelegt und gut gehärtet. Verfasser teilt im folgenden ausführlich das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit. Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um eine Osteose. Die Läsion stellt mehr eine allgemeine Infiltration mit Knochensubstanz dar, als eine deutlich ausgesprochene Geschwulstbildung. Der Gang des Krankheitsprozesses scheint der zu sein, dafs unter dem Einflufs irgendwelcher langdauernder Reize das unter der Haut gelegene Bindegewebe sich zu vermehren und zu verdichten beginnt, dafs es sich weiter in Knorpel umwandelt, dafs der so gebildete Knorpel durch weitere Transformation des anliegenden Bindegewebes sich ausdehnt, und dafs es schliefslich zur Ossifikation des Knorpels kommt. Es ist nicht wahrscheinlich, dafs der Prozefs seinen Anfang nimmt von dem Periost oder dem präexistierenden Knorpel. Man kann dies an der erkrankten Zehe sehen. Die Hauptursache ihres Gröfsenwachstums ist eine excessive Entwickelung des Bindegewebes. Dieses Bindegewebe ist am reichlichsten unmittelbar unter der Epidermis

und nicht um den Knorpelring der Phalanx. Die Ausdehnung dieses Ringes scheint einfach ein Teil des allgemeinen Prozesses und nicht der Ausgangspunkt zu sein. Wäre dies der Fall, so wäre die verhärtete Stelle mit dem darunterliegenden Knochen fest verwachsen gewesen, während sie in Wirklichkeit sich auf demselben hin und her bewegen liefs. Die Ossifikation erscheint am vollständigsten in den unter der Epidermis befindlichen Teilen, und es hat viel Wahrscheinlichkeit für sich, dafs dieselbe in dem zuerst gebildeten Knorpel begonnen habe. Der Verfasser glaubt, dafs die Umwandlung zuerst in der Cutis selbst oder unmittelbar unter derselben aufgetreten sei.

II. **Ein ungewöhnlicher und excessiver Fall von Impetigo contagiosa bullosa**, von G. T. Elliot. Der Patient ist ein achtjähriger Knabe, der vor einem Monate geimpft worden ist. Etwa 10 Tage später begann sein jetziges Leiden. Der Knabe lebte in ärmlichen, hygienisch schlechten Verhältnissen, sah anämisch, mager, schlecht genährt und arg vernachlässigt aus. Die Untersuchung der inneren Organe, des Urins ergab nichts Abnormes. Die Hautaffektion, die mehr oder weniger stark über den ganzen Körper verbreitet ist, besteht aus Läsionen von verschiedener Gröfse und verschiedenem Charakter. Alle machen jedoch augenscheinlich den Eindruck, dafs eine Blase bei jeder einzelnen Efflorescenz den Prozefs einleitet.

Auf der Kopfhaut sieht man nur diskrete, dünne, mehr oder wenig cirkulär gestaltete, verschieden grofse, hellgelbe bis bräunliche und nur schwach auf der gerötеten oder feuchten Unterlage haftende Krusten.

Auf dem Gesichte befinden sich ähnliche Krusten, daneben auch einzeln stehende, prall gefüllte Blasen mit klarem Inhalt und ohne entzündlich gerötete Zone in der Umgebung. Man bemerkt solche Blasen auf der Stirn und an den Wangen, dagegen zu Gruppen vereinigt besonders um den Mund herum. An den Ohrmuscheln waren ähnliche Blasen. Von der Affektion ist ferner die ganze Vorderseite des Halses ergriffen. Die Haut ist hier von Epidermis entblöfst und zum gröfsten Teile nässend, stellenweise jedoch auch mit Krusten bedeckt, oder trocken, rot und schuppend. Durch Konfluenz einzelner Efflorescenzen entsteht eine polycyklische und serpiginöse Randzone.

In ähnlicher Weise sind die Rückseite des Halses, der Stamm, das Gesäfs, die Extremitäten ergriffen.

Die Läsionen pflegen, wenn sie sich voll entwickelt haben, eine Zeitlang stationär zu bleiben, sich dann zurückzubilden und abzuheilen, oder es beginnt die Entwickelung einer neuen Blase, die sich nach kürzerer oder längerer Zeit in einen rauhen, feuchten oder krustigen, wiederum von einer roten Zone umgebenen Ring umwandelt. Dieser Verlauf kann sich mehrere Male wiederholen.

Die Behandlung suchte zunächst durch Roborantien und eine kräftige, zweckentsprechende Kost den Ernährungszustand des Patienten zu heben. Lokal that besonders die Applikation von Ichthyol gut. Die Besserung schritt rasch vorwärts, doch wurde beobachtet, dafs, wenn der Patient die befallenen Stellen verbunden trug, die Involution der Efflorescenzen ständig vor sich ging, dagegen eine Verschlimmerung eintrat, sobald einzelne Stellen unbedeckt blieben und von den Händen des Patienten berührt oder gekratzt werden konnten. Sehr deutlich konnte man wahrnehmen, dafs neue Stellen vielfach durch Autoinokulation entstanden. Die Heilung war eine vollständige, indem weder Pigmentation, noch Narben zurückblieben.

Verfasser bespricht die Diagnose und die Differentialdiagnose des Falles, der als Beispiel von excessiver Impetigo contagiosa oder von Pemphigus contagiosus oder epidemicus anzusehen ist, einer Affektion, die vorwiegend im Kindesalter, und zwar vielfach im Anschlufs an die Vaccination, auftritt. Die Autoinokulation spricht dafür,

dafs die Krankheit wahrscheinlich parasitärer Natur ist und ihre Ätiologie klarer zu Tage liegt, als beim Pemphigus.

III. **Ein Fall von Xanthoma diabeticorum**, von J. C. Johnston-New York. Bei der ersten Untersuchung wies der Urin des 57jährigen Patienten 8% Zucker und Spuren von Eiweifs auf. Unter einer geeigneten Diät besserte sich der Zustand. Kurze Zeit darauf zeigte der Patient eine auffallende Unsicherheit im Gange. Der Patellarreflex war verschwunden, Flimmern vor den Augen stellte sich ein. Die Anamnese ergab, dafs der Patient wahrscheinlich Syphilis gehabt habe. Unter einer antisyphilitischen Kur verschwanden die Symptome, die vorher stark vermehrte Urinmenge ging zur Norm zurück; der Zuckergehalt betrug jetzt nur noch etwa ½%. Das Xanthom bestand erst ganz kurze Zeit und war charakterisiert durch einige zerstreute Papeln über dem Ellenbogen. Bald verbreitete sich die Affektion auch über andere Körperteile, wie Rücken, Beine und Füfse. Von den Händen ist nur die Dorsalfläche mit einigen Papeln bedeckt. Genitalien, Kopfhaut, Wangenschleimhaut, Gesicht, Augenlider sind gänzlich frei. Der Ausschlag zeigte die charakteristischen Merkmale des Xanthoms. Die Papeln waren dunkelrot, wurden rosarot, wenn sie zurückgingen, standen vereinzelt oder konfluierten zu gröfseren Plaques; sie fühlten sich hart an, waren scharf begrenzt und von sehr wechselnder Gröfse. Die Spitze einzelner Papeln zeigte die charakteristisch gelblich weifse Farbe, bei anderen fehlte diese ganz. Die Besserung scheint mit dem jeweiligen Zustande des Gesamtleidens Hand in Hand zu gehen. Das Xanthoma diabeticorum unterscheidet sich von dem Xanthoma vulgare durch sein plötzliches Auftreten und relativ rasches Verschwinden, durch die Festigkeit der Läsionen, durch das Auftreten der gelben Spitzen nur an einzelnen Efflorescenzen, durch die Abwesenheit der Striae, der Gelbsucht, die Anwesenheit des Diabetes, endlich durch den Mangel von Prädilektionsstellen. Gesicht und Augenlider sind frei von der Affektion.

Der pathologische Prozefs beginnt nach Török als ein irritativer mit einer Rundzelleninfiltration und endigt als eine fettige Degeneration mit einem vollständigen Zerfall des ganzen Gewebes, während beim gewöhnlichen Xanthom der Prozefs vom embryonalen Bindegewebe ausgeht. Verfasser bespricht kurz die diesbezügliche Litteratur.

IV. **Fischnahrung und Lepra**, von A. S. Ashmead. Der Verfasser zählt mit einer bewundernswerten Geduld und Genauigkeit die Namen der Fische auf, welche die japanesischen Leprologen den Leprösen zu essen gestatten oder verbieten.

Die meisten der erwähnten Fische werden von den Bewohnern roh gegessen. Nun sind die Lepradörfer, deren es in Japan so viele giebt, gewöhnlich an den Ufern von Flüssen oder an Seeküsten gebaut, um den Anwohnern die Möglichkeit zu gewähren, sich auf eine leichte Weise ein vorzügliches Nahrungsmittel zu verschaffen. Dies allein genügt nach der Ansicht des Verfassers, zu beweisen, dafs die Lepra keine kontagiöse Krankheit sei. Gesunde, wie Kranke baden sich in diesen Gewässern, waschen ihre Kleider in denselben, werfen allen Unrat hinein. Die Fische, notwendig mit den Produkten der Leprösen beladen, werden noch verspeist und bilden auf diese Weise vielleicht wieder die Quelle für eine Infektion. Die Zahl derjenigen Autoren, welche einen Zusammenhang annehmen zwischen der Fischnahrung und der Lepra, ist beträchtlich, und der Verfasser selbst ist nicht abgeneigt, an einen solchen Zusammenhang zu glauben. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

No. 6. Juni 1894.

I. **Über die Technik der Harnröhren-Einspritzungen**, von Guiard. Während man längere Zeit annahm, dafs der Compressor urethrae dem Fortschreiten der

Urethritis blennorrhoica Einhalt gebiete, hat sich nun herausgestellt, dafs die Blennorrhoe bald früher, bald später über die Pars membranacea hinausdringt; einzelne Autoren wollen die Beteiligung der Urethra posterior mit einem Procentsatz bis 90% nachgewiesen haben. Da nun die örtliche Behandlung der Urethritis blennorrhoica am meisten mittelst der üblichen 5—8 g haltenden Spritzen besorgt wird, so erscheint es fraglich, ob diese Art der Behandlung von Nutzen sein könne; die wirklich rationelle Art der Therapie müfste beide Abschnitte der Urethra treffen. Sicher kann dies erreicht werden mittelst der Irrigation nach Diday und der Guyonschen Einträufelungen. Diese Manipulationen soll aber eigentlich nur der Arzt vornehmen. Unendlich einfacher scheint aber dem Verfasser die Ausführung der „totalen" Einspritzungen, d. h. jener Injektionen, welche in die hintere Harnröhre eindringen, nachdem sie die vordere ausgefüllt, also völlig getroffen haben. Hierzu ist blofs eine passende Spritze nötig, nur zeitweise braucht sich dann der Kranke dem Arzte vorzustellen. Guiard hat die schon öfters unternommenen Versuche betreffs des Rauminhaltes der vorderen Harnröhre an Lebenden wiederholt und gefunden, dafs der Kanal der vorderen Harnröhre manchmal 8—10 g, nie weniger (aufser bei Urethritis subacuta und bedeutender Striktur), meistens sogar 10—15 g destilliertes Wasser fassen konnte. Diese Menge hatte deutlich in der Urethra anterior vor der Pars membranacea Platz gefunden. Diese Zahlen stimmen mit zahlreichen Messungen älterer Anatomen überein. Will man nun in die hintere Harnröhre gelangen, so mufs man eine Flüssigkeitsmenge anwenden, welche 12, 15 und manchmal selbst 17 g überschreitet. Die von Guiard benutzte Spritze faſst 20 g. Mit derselben gelingt es ihm fast immer, den Widerstand des Sphinkter zu überwinden und in die hintere Harnröhre zu gelangen. Das erste Mal ergiebt sich manchmal eine gewisse Schwierigkeit bei der Überwindung des Schliefsmuskels, die nächsten Male läuft alles glatt ab. Guiard hat diese totalen Injektionen bei Patienten verschiedenen Alters verwendet und immer sein Ziel erreicht. Einzelne nervöse oder empfindliche Personen mit sehr entzündetem und empfindlichem Kanale bieten einen fast unüberwindlichen Widerstand ihres Sphinkter dar, Blutungen entstehen, — bei solchen verzichte man, wenigstens vorübergehend, auf die Totalinjektion. Solche Personen leisten übrigens dem Irrigator noch stärkeren Widerstand. Unberechtigt erscheint der Vorwurf, dafs bei den Totalinjektionen der Ansteckungsstoff in die hintere Harnröhre geschleppt wird und dafs dadurch Komplikationen entständen. Diese Injektionen sind ja erst dann angezeigt, wenn eine Verbreitung der Infektion in die hintere Harnröhre stattgefunden. Fehlen Symptome einer Urethritis posterior, wären derartige Injektionen zwecklos, ja schädlich. Im Gegensatze zu Janet bevorzugt er überhaupt die Spritze gegenüber dem Irrigator, da man mit der Spritze besser fühlt, welcher Druck für den Patienten angemessen sei.

II. **Elektrolyse der Harnsteine**, von Yvon. Verfasser hat versucht, Harnsteine durch den elektrischen Strom aufzulösen. Diese Versuche gelangen in vitro. Sie beruhen auf folgendem: Läfst man mittelst Platinelektroden einen konstanten Strom in eine wässerige Lösung von schwefefelsaurem Natrium eintreten, so spaltet sich am positiven Pole Schwefelsäure und Sauerstoff ab, am negativen Pole Natrium, welches durch sekundäre Wirkung zur Bildung von Ätznatron und Wasserstoff Anlafs giebt. Bringt man nun einen Harnstein zwischen die Spitzen der beiden Platinelektroden, welche voneinander isoliert und in Form einer Zange angebracht sind, taucht alles in eine wässerige Lösung von Natriumsulfat und läfst einen Strom eindringen, so konstatiert man, dafs der Stein nach und nach ausgehöhlt wird und sich am Berührungspunkte einer der Elektroden auflöst, und zwar an der positiven Elektrode, wenn man mit einem Tripelphosphatstein oder kohlensauren Erdestein experimentiert; dagegen an der negativen Elektrode, wenn es sich um einen Stein

aus Harnsäure handelt. So gelang es bei entsprechender Versuchsanordnung (Trouvé-Batterie von sechs Chromsäureelementen, Verbindung des Steines durch eine Platinkapsel mit dem positiven Pole, Anlehnung eines Platindrahtes als negativer Elektrode an den Stein), binnen 1—2 Stunden, je nach der Dicke, kleine Harnsäuresteine in die Form einer Schale zu bringen und fast ganz aufzulösen; der leichteste Druck genügte, um diese Schale zu zerbrechen. Ein ähnliches Resultat erhält man, wenn man mit einem Tripelphosphat- oder kohlensauren Erdestein operiert, nur muſs dann die aktive Elektrode, der Platindraht, mit dem positiven Pole in Verbindung gebracht werden. Verfasser hoffte ursprünglich, daſs dieser Versuch zur Auflösung von Steinen innerhalb der Blase angewendet werden könne und lieſs durch Collie anscheinend entsprechende Instrumente für diesen Zweck anfertigen. Aber die damit angestellten Vorversuche (in vitro) glückten nicht. Die Diffusion der bei der Elektrolyse entstehenden Produkte erfolgte zu schnell, sobald der Stein in eine groſse Flüssigkeitsmenge von Natriumsulfat eingetaucht war. *Neuhaus-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Toxicität des Urins in einigen Fällen von Anämie, von Picchini und Conti. (*Il Morgagni.* August 1893.) Der Toxicitäts-Koefficient variierte nach den einzelnen Fällen ziemlich beträchtlich, indem derselbe bald höher, bald niedriger war, als unter normalen Verhältnissen, oder überhaupt von der Norm wenig oder nicht abwich. Es lieſsen sich keine Beziehungen nachweisen zwischen Toxicität einerseits, und Hämoglobingehalt des Blutes, sowie Anzahl der roten Blutkörperchen andererseits. Bei Abnahme der anämischen Symptome zeigte sich gewöhnlich auch eine Abnahme der Toxicität. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Der Katheterismus der Ureteren beim Weibe, von Kelly. (*Ann. of Gyn. and Päd.* 1893, No. 11, nach *Rif. med.*) Der vom Autor zu diesem Zwecke eingeführte Katheter trägt an der Spitze einen kleinen Metallpfropfen, an dem eine feine Kette befestigt ist, welche im Lumen des Instrumentes verläuft. Die Technik der Operation ist die folgende: Entleerung der Blase, Festsetzung des Ureterenverlaufes durch vaginale Palpation, Einführung von 150—200 ccm einer Anilinblaulösung in die Blase, Zurückziehen der hinteren Vaginalwand mittelst Speculum, wodurch die Vorderwand der Vagina bis zum Cervix sichtbar wird und die Blasenfalten zum Teile ausgeglichen werden, Einführen des Katheters (samt Pfropfen), der an der Spitze mit Vaseline bestrichen ist. Die Katheterspitze sucht die Eminentia ureterica auf und dringt hinter derselben in die Uretermündung ein. Nun wird der Propfen an der Kette zurückgezogen und der Harn direkt aus den Nieren abgelassen; dieser wird mit dem Blasenharne, dér vor der Operation entleert wurde, verglichen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus, von Dr. Kurz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 40.) Verfasser unterscheidet den normalen Hermaphroditismus, wie er im Pflanzenreich und niederen Tierreich vorkommt, von dem anormalen der höher entwickelten Tiere bis zum Menschen; bei letzterem finden sich nur gewisse Grade einer bisexuellen Entwickelung. Er giebt alsdann einen ent-

wickelungsgeschichtlichen Überblick der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane und eine Einteilung des Hermaphroditismus. Bei dem anormalen Hermaphroditismus unterscheidet er wieder den Hermaphrod. verus, bei dem die Geschlechtsdrüsen beider Geschlechter vorhanden sind, und einen Pseudohermaphroditismus, wo nur in den äufseren Genitalien und in den Geschlechtsgängen eine bisexuelle Entwickelung statt hat. Letzterer ist häufiger; er teilt ihn ein in einen Pseudohermaphroditismus masculinus und femininus, je nachdem die Geschlechtsdrüse männlich oder weiblich ist, und unterscheidet bei beiden einen internus, externus und completus, je nachdem nur die Geschlechtsgänge oder die äufseren Genitalien oder beide eine bisexuelle Bildung zeigen. Nach Erläuterung, wie sich der Pseudohermaphroditismus in seinen verschiedenen Abarten entwickelt, geht Verfasser über zur Beschreibung eines Falles, der als Pseudohermaphroditismus femininus externus zunächst aufzufassen ist, wird zwar femininus wegen des Vorhandenseins jedenfalls eines, wahrscheinlich aber auch beider Ovarien, externus, weil von männlichen Genitalien nur der Penis nachzuweisen ist; möglicherweise liegt jedoch auch hier ein kompleter Pseudohermaphroditismus vor; mit Sicherheit läfst sich jedoch das nur durch die Sektion ergeben. Das Bemerkenswerte an diesem Falle ist, dafs die äufseren weiblichen Genitalien vollständig normal gebildet sind im Gegensatze zu den anderen in der Litteratur veröffentlichten Fällen, wo die weiblichen äufseren Genitalien meist verkümmert sind. Insofern ist er als ein „Unicum" zu betrachten. Das Individuum, das im übrigen als weiblicher Zwitter aufzufassen ist, zeigt sonst, von vorn gesehen, einen männlichen Habitus mit männlichem Kehlkopf und männlicher Stimme. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Behandlung der Sterilität der Ehe, von L. Seligmann. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 45.) Im Anschlufs an einen Vortrag von Bumm „Zur Behandlung der Sterilität der Ehe" hebt Verfasser hervor, dafs da, wo ein eingentümlicher Bau der Vagina Abfluſs des Spermas post coitum bedingt, eine Beckenhochlagerung und längere Rückenlage genügen. Bei Anomalien des Cervix, auch Stenosen, ist die elektrische Sonde (50—100 M. A.) zweimal wöchentlich zu empfehlen. Wo Reaktionslosigkeit des weiblichen Organismus vorliegt, ist faradische Kugelelektrode von Erfolg. Palpationsmassage ist weniger ratsam. In 75% der Fälle ist der Mann an der Sterilität schuldig; meist besteht Azoospermie nach doppelseitiger Epididymitis. Die Untersuchung des Sperma ist nie zu unterlassen. In Fällen, wo die Epididymitis nicht zu weit zurückliegt, hat Seligmann gute Heilerfolge. Jedenfalls mahnt uns die Sterilität, die Epididymitis blennorrhoica energisch zu behandeln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der primären Genitaltuberkulose des Weibes, von A. Frankenburger. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 17.) In dem mitgeteilten Falle primärer Genitaltuberkulose beim Weibe beschränkt sich die Tuberkulose bis zu dem Eintritt der den Tod herbeiführenden Miliartuberkulose auf den Genitalapparat; selbst das Peritoneum war bis auf die akuten miliaren Herde normal.

Für die Möglichkeit direkter lokaler Infektion spricht die Untersuchung von Jani und Schuchardt; ersterer fand Tuberkelbacillen im Hoden und Prostatagewebe, letzterer im blennorrhoischen Sekret von zwei Männern. Der Mann der Patientin von Frankenburger zeigte Residuen einer pleuritischen Erkrankung, die den Verdacht bestehender Tuberkulose erwecken. Der Referent (Haupt-Soden) weist darauf hin, dafs Hermann Weber schon in der vorbacillären Zeit eine Statistik von 80 Ehen phthisischer Individuen veröffentlicht hat, durch welche er zu beweisen suchte, dafs die gesunden Frauen phthisischer Männer häufiger an Tuberkulose zu Grunde gehen,

als umgekehrt. Er erklärte dieses dadurch, daſs das tuberkulöse Virus durch den Samen direkt oder indirekt durch den Foetus übertragen wird.

(Die Lehre von der unbedingten Kontagiosität der Tuberkulose möchte ich doch mit Vorsicht aufgenommen wissen; die besonders durch Heredität gegebene Disposition darf trotz aller Laboratoriumsexperimente nicht in den Hintergrund treten. Die Fälle von Infektion von Eheleuten sind besonders vorsichtig zu beurteilen, da es bei der Häufigkeit der Tuberkulose nicht wunderbar ist, wenn zwei Tuberkulöse sich ehelichen. Auffallend war es mir stets, daſs trotz der enormen Verbreitung der Tuberkulose selbst alte, erfahrene Praktiker zu Gunsten der Übertragung der Tuberkulose durch die Ehe stets nur so wenige Fälle anzuführen vermögen, daſs sie kaum etwas beweisen. Deshalb möchte ich bei aller Achtung vor dem Tuberkelbacillus doch dafür eintreten, die individuelle Disposition als gleichberechtigten Faktor anzusehen, selbst auf die Gefahr hin, daſs man mich als Ketzer ansieht. Wer sein Wissen nicht nur aus den Instituten, sondern auch aus der Praxis, aus dem Leben geschöpft hat, wird die Begriffe „Heredität“ und „Disposition“ bei der Tuberkulose nicht ad acta legen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der spitzen Warzen der weiblichen Genitalien, von R. D'Aulnay. (Paris 1893.) Verfasser betrachtet diese Gebilde als hyperplastische Produkte der Cutis, entstanden unter dem Einflusse chemischer und mechanischer Reizungen durch Flüssigkeiten verschiedener Natur. Danach verdanken dieselben ihre Entstehung:

1. der Schwangerschaft;
2. irritierenden Flüssigkeiten aus Urethra, Vagina und Anus (meist Blennorrhoe);
3. gewissen konstitutionellen Leiden (Diabetes, Tuberkulose);

Die lokale Therapie bezweckt: Neutralisation der sauren Sekrete, Vertilgung des Ausflusses, Trennung der Kontaktflächen, Zerstörung der Vegetationen. Verfasser zählt die zahllosen Pulver, Lösungen und chirurgischen Proceduren auf, die in letzterem Sinne zur Anwendung kommen und hinlänglich bekannt sein dürften. Bei den papillomatösen Wucherungen der hinteren Urethralpartien macht Verfasser Auskratzungen mit dem scharfen Löffel unter Kokainanästhesie. Er rühmt ferner den Liqueur de Labarraque (trockenes Calciumchlorid 1, krystallisiertes Natronkarbonat 2, destilliertes Wasser 45) als vorzügliche Neutralisationsflüssigkeit der Vaginal- und Urethralsekrete.

Innerlich giebt Verfasser Natron bicarbonicum, das auf sämtliche Flüssigkeiten des Organismus resorbierend wirken soll.

Als allgemeine Therapie gelten die Vorschriften der Reinlichkeit und Hygiene und die Behandlung des Grundleidens (Diabetes, Tuberkulose).

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Blasentumor. Aus der Klinik von Guyon bringt Legueu (*Ann. des mal. des org. gen.-ur.* 1894, No. 1) einige Bemerkungen über die Diagnose und das operative Vorgehen bei Blasengeschwülsten. Hierbei wird ein Schulfall genau geschildert. Der 53jährige Patient bekam vor drei Jahren die erste Hämaturie, hatte aber bis dahin keine Störung im Harnapparate bemerkt. Diese Anfälle von Blutharnen wiederholten sich, doch war in der Zwischenzeit der Urin wieder klar. Erst anhaltende Hämaturie (von einem Monat Dauer) führte ihn in die Klinik. Die Cystoskopie schlug fehl, aber eine sorgfältige örtliche Untersuchung gab genauen Aufschluſs. Das Kommen und Verschwinden der Blutungen ohne greifbaren Grund deutet zunächst auf eine Neubildung. Über den Sitz derselben gab schon die Art der Hämaturie einen Anhaltspunkt. Der Umstand nämlich, daſs bei gesondertem Auffangen des Urins die ersten Mengen sich weniger gefärbt zeigten, als die letzten, lieſs die Blase als Sitz vermuten. Weitere Belehrung gab die kombinierte Untersuchung: Die

Wandungen der Blase sind weich, aber nach links bietet das Organ einen sehr beträchtlichen Umfang dar. Die Blase erhebt sich zwei starke Querfinger breit über das Schambein, und der Vorsprung, welchen sie bildet, reicht bis zur Mittellinie. Die in dieser Weise von dem innen liegenden Finger und der aufsen palpierenden Hand umfafste Masse ist von gleichmäfsiger, völlig weicher Konsistenz. Bringt man während dieser Untersuchung eine weiche Sonde hinein, so kommt reines Blut. Die Geschwulstmasse konnte nach ihrer Ausdehnung auf Hühnereigröfse geschätzt werden. Mit Rücksicht auf die frühzeitigen Blutungen, die Weichheit der Geschwulstmasse und die Schmiegsamkeit der Blasenwandungen war auch anzunehmen, dafs die Geschwulst gestielt sei. Weitere Belehrung gab die Auswaschung. Durch das Ansaugen der Flüssigkeit und Zurückziehen des Katheters wurde ein Auge desselben durch ein Geschwulststückchen verstopft. Schon dies deutet auf eine ziemlich langgestielte Neubildung. Die Art und Weise, in welcher die Flüssigkeit durch den Katheter abfliefst, kann ebenfalls die Seite erkennen lassen, welche der Tumor in der Blase einnimmt. Neigt man das Auge des Katheters nach einer Seite, so vermindert sich der Strahl oder hört auf, wenn der Tumor auf dieser Seite sich befindet; der Strahl kommt aber sofort wieder, sobald man nach der entgegengesetzten Seite hingeht. Das aufgefangene Geschwulststückchen wurde zufälligerweise nicht untersucht. Derartige Untersuchungen können übrigens täuschen, den die oberflächlichen Partien haben nicht immer die gleiche Struktur, wie die tieferen.

Die Untersuchung der Nieren sollte nie versäumt werden. Ein Blasentumor kann z. B. dadurch schon Vergröfserung der korrespondierenden Niere hervorrufen, dafs Geschwulstteile die Uretermündung verstopfen oder komprimieren; Hydronephrose kann dann entstehen. Zur Entfernung der Geschwulst kann nur die Sectio alta in Betracht kommen. Es empfiehlt sich der Längsschnitt in grofser Ausdehnung, event. bis zum Schambein und noch weiter. Dem Instrumentarium wird von Guyon grofse Wichtigkeit beigelegt. Eigens hierzu konstruierte Pinzetten und Haken sollen teils den Zugang zum Operationsfelde erleichtern, teils die Geschwülste und Stümpfe gut fassen. Die Abtragung der Geschwülste geschehe durch Thermokauter. Der Blutstillung wird natürlich besondere Sorgfalt gewidmet. Die Blase und die Weichteile der Bauchwand werden vollständig durch die Naht vereinigt.

Bei der Operation wurde die vorher gestellte Diagnose bestätigt. Der Erfolg war ein idealer. Schon am ersten Tage wurde der Urin klar, die Benarbung erfolgte durch prima Intentio, ohne dafs Urin durch die Wunde trat. *Neufsaus-München.*

Verbesserungen in der Cystoskopie. — Ein neues Cystoskop, von Boisseau du Rocher. (*Ann. des mal. des org. gen.-ur.* 1894. No. 1.) Nicht zufrieden mit den bisher benutzten Cystoskopen, verfolgte Verfasser den Gedanken, dafs es von grofsem Interesse sein würde, wenn man von vorn und in gleicher Klarheit alle Teile der Blasenschleimhaut, also die hinteren, die seitlichen, die dem Blasenhals benachbarten und diesen selbst mit ein und demselben Instrument sehen könnte, ohne dafs man also der Reihe nach zwei verschiedene Endoskope einzuführen hätte. Er glaubt, ein diesen Forderungen entsprechendes Endoskop gefunden zu haben. Dasselbe stellt immerhin eine winkelig gebogene Sonde dar, in welcher eine Glühlampe angebracht ist, aber es unterscheidet sich von ähnlichen durch zwei Öffnungen: die eine ist seitlich und über dem konkaven Teile angebracht, die andere liegt am Winkel selbst. Ein Mandrin verschliefst bei der Einführung in die Harnröhre sorgfältig diese beiden Öffnungen. Es bestehen also zwei Fenster für den Lichteinfall. In diese Sonde lassen sich zwei optische Teile genau einschieben, der eine trägt an seinem Ende das Objektivglas mit einem Refraktionsprisma, das Objektivglas des anderen ist mit einem Prisma mit Totalreflexion versehen und seitlich angebracht. Dies

zwei optischen Teile kann man also der Reihe nach einführen, während die endoskopische Sonde liegen bleibt. Schnell und mit einer Untersuchung übersieht man alle Teile der Schleimhaut. Zu wiederholten Malen kann man auch Auswaschungen vornehmen, wenn z. B. eine Blutung entsteht. Das Ganze wird durch ein einziges Okular vervollständigt, welches genügend starke Vergrößerung besitzt und exakt in die genau und fest gearbeitete Hülse paßt. Das Kaliber der Sonde beträgt 22 der fil. Charr. Der Schnabel wurde im Vergleich mit früher verkürzt. Das Endoskop dient zugleich als Spülkatheter. Es ist nämlich an seiner vorderen Seite von zwei Öffnungen durchbohrt: die eine befindet sich am Ende, die andere seitlich; der Abfluß der Flüssigkeit vollzieht sich stets sehr leicht und um so rascher, da die Sonde ein beträchtliches inneres Kaliber besitzt (5 mm). Das Instrument bietet also die günstigsten Bedingungen für die möglichst vollkommene Reinigung der zu untersuchenden Schleimhaut dar. Vorhergehende Ausspülungen mit weichen Kathetern wurden dadurch überflüssig. Einen weiteren Vorteil besitzt das Endoskop auch dadurch, daß es mittelst strömenden Dampfes aseptisch gemacht werden kann. Einen besonderen Wert legt Verfasser darauf, daß bei Anwendung des entsprechenden optischen Teiles, selbst bei mäßiger Blutung, die Ureteren leicht, sofort gefunden würden; eine Blutung, die aus einem Ureter käme, kennzeichne sich deutlich als garbenförmig hervorquellender Strahl.

Verfasser hofft, daß durch die Vereinfachung des Cystoskopes und die bereits angebahnte Herabsetzung des Preises für dasselbe die Benutzung allgemeiner werden würde. *Neuhaus-München.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Eine Methode, mittelst medikamentöser Tampons die beginnende Blennorrhoe zu kurieren, von R. N. Pitts. (*Med. News.* 23. Sept. 1893.) Sobald die Diagnose sicher gestellt worden ist, soll folgendes Verfahren instituiert werden: Nachdem Patient seine Blase entleert hat, wird die Urethra mit warmem, abgekochtem Wasser bis zu einer Tiefe von 4—5 Zoll ausgespült. Dann wird (nötigenfalls unter Kokainanästhesie und nach Incision des Meatus) ein möglichst dickes Speculum eingeführt und mittelst desselben die Harnröhre mit angefädelten Tampons, die mit Sublimatlösung (1 : 20000) durchtränkt sind, prall ausgestopft. Die Tampons sollen möglichst lange liegen bleiben und werden mindestens alle acht Tage erneuert. In der Zwischenzeit milde Einspritzungen mit Plumbum aceticum und Morphium, sowie innerlich Ol. Santali. Elf so behandelte Fälle hatten eine Durchschnittsdauer von 25 Tagen. *Philippi-Nieheim.*

Bericht über neun Fälle von Blennorrhoe, welche mittelst Injektionen von unverdünntem Wasserstoffsuperoxyd erfolgreich behandelt wurden, von L. L. von Wedekind. (*Med. Record.* 17. Decbr. 1892.) Verfasser behauptet, daß er mittelst Injektionen von (10% Vol.) Wasserstoffsuperoxyd, 5—12 mal täglich gegeben, nebst innerlichem Gebrauch von Kalium aceticum, in Dosen von 1,2 viermal täglich zu nehmen, eine beginnende Blennorrhoe, d. h. solche, die nicht länger als 1—2 Tage „gelaufen" haben, binnen etwa drei Tagen kurieren könne. Die behandelten Kranken hatten mit einer Ausnahme alle bereits früher an Blennorrhoe gelitten und waren ihrerseits auch den subjektiven Erscheinungen nach überzeugt, daß eine nochmalige Erkrankung im Anzuge sei. *Philippi-Nieheim.*

Das Ichthyol in der Therapie der Blennorrhoe, von Colombini. (*Com. clin. d. mal. cutan. e genito-urin.* II. Serie. 1893.) Verfasser berichtet über die außer-

ordentlich günstigen Resultate, die er mit dem Ichthyol bei Blennorrhoe des Mannes und des Weibes erzielt hat. In vitro (Blutserumkulturen nach WERTHEIM-TYNDALL) sterilisierten 4%ige Lösungen die Gonokokkenkulturen vollständig. Ermutigt durch diese Erfolge, stellte Verfasser nun auch Versuche an bei 30 männlichen und 30 weiblichen Blennorrhoe-Patienten. Zur Anwendung kamen, je nach der Empfindlichkeit der Urethra, 1—5%ige, in chronischen Fällen bis 20%ige Lösungen in sterilisiertem Wasser. Dieselben wurden alle 2—3 Stunden mittelst gewöhnlicher Spritzen injiciert. Bei Vulvitis und Vaginitis wurden in 5—10%iger Ichthyolglycerinlösung getauchte Tampons eingeführt. Resultate: Rasches Abnehmen des Brennens beim Urinieren, der schmerzhaften Erektionen, der eiterigen Sekretion, sowie der Zahl der Gonokokken; Eintreten einer lebhaften Epithelexfoliation, welche den Abfluſs der Gonokokken begünstigt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Kava-Kava bei Blennorrhoe, von JOHN E. BACON. (*Americ. Therapist.* 1893. No. 12.) Verfasser hat die physiologische Wirkung des Mittels eingehend studiert. Eine volle Dosis des flüssigen Extraktes vermag eine ausgesprochene Anästhesie der Zunge, der Mund- und Rachenschleimhaut hervorzurufen. Diese Anästhesie hält etwa eine Stunde an. Therapeutische Dosen verstärken die Pulsfrequenz, vergröſsern die Quantität und vermindern das spezifische Gewicht des Urins und machen denselben alkalisch. Verfasser hat eine Reihe von Blennorrhoefällen ausschliefslich mit dem Mittel erfolgreich behandelt. Das Brennen beim Urinieren, die Schmerzhaftigkeit in akuten Fällen liefs unter dem Gebrauche von Kava-Kava sehr rasch nach. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

Mykosis versicolor bei kleinen Kindern. Durch die Mitteilung von A. FOURNIER und SABOURAUD über ein 14 Tage altes Kind angeregt, (Syphiloide infantile due au pityriasis versicolor. *Ann. de derm. et de syph.* 1894. pag. 796—802) erwähnt C. NIELSEN (*Hosp. Tid.* II, 34. 1894. pag. 864) einen von ihm gesehenen Fall bei einem 9 Monate alten Kinde, und R. BERGH verweist auf einen vor Jahren von ihm (*Hosp. Tid.* VI, 13. 1863. pag. 50) besprochenen Fall bei einem 2 Monate alten syphilitischen Mädchen. In beiden Fällen war die Diagnose selbstverständlich mikroskopisch gesichert. *R. Bergh-Kopenhagen.*

Papillitis lingualis, von J. B. DUCLAIX. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 652.) Diese Krankheit, die DUCLAIX mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte, macht nur ein Symptom, die lebhaftesten Schmerzen. Diese Schmerzen, die bald mehr als Brennen empfunden werden, bald mehr blitzartig, wie rechte Neuralgien durch die Zunge schiefsen, erreichen bisweilen solche Heftigkeit, dafs die Kranken ganz hypochondrisch werden und das Leben verwünschen. Der Sitz der Schmerzen ist namentlich an Zungenrand und Zungenspitze. Gesteigert werden sie besonders durch Berührung mit festen und scharfen Speisen; jedoch wird bei manchen Kranken auch durch die mildeste Kost ein Anfall ausgelöst. Als Ursache dieser Schmerzen ergeben sich Exkoriationen der Papillae filiformes, Exkoriationen, die man nur mit Hülfe eines Vergröſserungsglases erkennen kann.

Als bestes und einzigstes Heilmittel hat sich Zerstörung dieses exkoriierten Gewebes durch den Galvanokauter erwiesen. Dieses Verfahren ist freilich umständlich — mehr als 5—6 Papillen kann man in einer Sitzung nicht angreifen —;

auch schützt es nicht immer vor Rückfällen. Indessen verschafft es doch allemal auf längere Zeit Erleichterung und Ruhe. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Behandlung der Zungenangiome, von E. Lefèvre. (Dissert.) Bestimmte Regeln lassen sich zwar für die Entfernung dieser Tumoren nicht aufstellen angesichts der grofsen Mannigfaltigkeit der Bedingungen, unter denen sie entstehen. Immerhin lassen sich die zahlreichen Methoden auf drei Typen zurückführen. Dieselben bezwecken:

1. Modifikationen des Tumors durch Erzeugen einer künstlichen Entzündung, welche eine Narbe herbeiführen soll. Dies wird erreicht durch Applikation reizender Substanzen, wie Aufpinselungen von 10%iger Chromsäure, Injektionen koagulierender Flüssigkeiten (Tannin, Chloral, Eisenchlorid), ferner durch Elektrolyse und Ignipunktur.

2. Verminderung des Blutzuflusses durch Arterienligaturen.

3. Die dritte, vorzüglichste Methode, die Exstirpation mit dem Messer (mit unmittelbar darauffolgender Naht), findet leider nur beschränkte Anwendung. (Nach *Rev. intern. de Rhinol., Otol. et Laryngol.* 1893. No. 23.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Plica polonica. Betrachtungen über die Ätiologie und Pathologie derselben, von Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*Intern. med. Magazine.* Juli 1893.) Verfasser giebt zunächst allgemein die charakteristischen Merkmale dieser zumeist infolge von Unsauberkeit, Pediculi etc. entstehenden Affektion, von der sich die Patienten in Polen aus purem Aberglauben nicht befreien lassen. Derartige Fälle hat Verfasser wiederholentlich gesehen. Der folgende, dessen ausführliche Krankengeschichte mitgeteilt wird, zeichnet sich durch seinen eigentümlichen Anfang vor anderen Fällen aus.

Die Patientin ist 16 Jahre alt. An einem warmen Abende im Monat April, und zwar zur Zeit, wo sie menstruierte, ging sie barfufs spazieren. Noch in derselben Nacht fühlte sie sich unwohl; die Menstruation hatte plötzlich aufgehört. Am nächsten Morgen klagte die Patientin über Schmerzen in allen Gelenken, besonders in den Knien, ferner über heftige Kopfschmerzen. Die Temperatur war erhöht, die Respiration beschleunigt. Wie andere Fälle im Beginn, so zeigte auch dieser ein nur auf die Brust beschränktes Schwitzen. Der Schweifs, der sich an dieser Stelle entwickelte, verbreitete einen eigentümlichen Geruch. Zwei Tage später begann das Haar sich zu drehen und zu falten. Gleichzeitig ging die Temperatur herunter, und die Kopfschmerzen verschwanden. Die Gelenkschmerzen dauerten noch mit derselben Heftigkeit fort. In zehn Tagen hatte sich die Plica vollständig entwickelt, deren Abnahme jedoch vor sechs Monaten, bis der Zopf ganz „reif" wäre, aus Aberglauben nicht gestattet wurde.

Verfasser beschreibt das makroskopische und mikrospische Aussehen der Plica und bespricht eingehend die Ätiologie der Affektion, die im vorliegenden Falle durchaus nicht auf Unsauberkeit zurückgeführt werden konnte.

C. Berliner-Aachen.

Antwort auf die Anfrage S. 276 des vorigen Heftes. Man bereitet eine Auflösung von Oxalsäure, Citronensäure und Kochsalz je 1 Teil in 8 Teilen Wasser, betupft den Rostfleck mit dieser Lösung und hält ihn dann an ein mit heifsem Wasser gefülltes und dadurch erhitztes zinnernes Gefäfs, worauf der Fleck alsbald verschwindet; die Stelle mufs mit Seifenwasser nachgewaschen werden.

Dr. Troplowitz-Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 7. 1. Oktober 1894.

Über den Lupus erythematosus (Ulerythema centrifugum).

Von

Dr. med. Theodor Buri,
Basel.

(Mit Tafel IV und V.)

Das Ulerythema centrifugum (Unna), [Seborrhoea congestiva (Hebra), Erythème centrifuge, Lupus qui détruit en surface (Bietti 1828), Lupus superficiell (Thomson Parkes 1860), Erythema atrophicans (M. Morris 1892), Lupus erythematosus (Cazenave)] ist eher eine seltene Erkrankung in unserer Gegend, wenigstens im Vergleich zum Lupus vulgaris. Immerhin glaube ich nicht, dafs es so selten vorkommt, wie die praktischen Ärzte gewöhnlich angeben. Ich glaube eben, dafs manche Fälle von Ulerythema centrifugum (U. c.) nicht oder unrichtig diagnosticiert werden. Es scheint in gewissen, besonders nördlichen Gegenden viel häufiger zu sein als bei uns; es ist, z. B. in England und Finnland (nach persönlichen Mitteilungen), nichts weniger als eine seltene Erscheinung, und in Norwegen soll es nach Boeck eine der gewöhnlichsten Hautkrankheiten sein. Es mag dies mit dem kalten Klima und den zahlreichen Erfrierungen und Pernionen zusammenhängen, die offenbar zur Erkrankung an U. c. disponieren. Auffallend ist wenigstens, dafs die Prädilektionsstellen für die Kälteaffektionen, z. B. Ohrläppchen, Finger, auch vom U. c. mit Vorliebe befallen werden.

Während das U. c. alle Stände und Berufsarten in gleicher Weise ohne Auswahl befällt, zeigt es eine auffallende Vorliebe für ein bestimmtes Alter und für das weibliche Geschlecht. Nach Kaposi betreffen zwei Drittel aller Fälle weibliche Individuen. Von den 20 Fällen, die ich in den letzten drei Jahren gesehen habe, betrafen nur zwei Männer. Es ist schwer, sich diese Bevorzugung des weiblichen Geschlechts zu erklären. Hängt sie zusammen mit anatomischen oder physiologischen Verhältnissen und Eigentümlichkeiten der weiblichen Haut, oder steht sie vielleicht mit sexuellen Vorgängen in Zusammenhang? Das letztere scheint nicht so ganz unwahrscheinlich zu sein, da die Mehrzahl der

Fälle in einem Alter beginnt, wo die nahende Menopause ihre eigentümlichen Wirkungen auf den ganzen weiblichen Organismus auszuüben anfängt, und da wir das erste Auftreten des U. c. oft von jenen mit der Menopause in Zusammenhang stehenden, besonders nach den Mahlzeiten, nach Aufregungen irgendwelcher Art auftretenden vasomotorischen Störungen begleitet sehen, die wir als „aufsteigende Hitze" bezeichnen.

Doch kommt das U. c. auch in früherem Alter vor; der jüngste Patient, den ich sah, war eine 17jährige Idiotin. KAPOSI berichtet von einem dreijährigen Kinde mit Lupus erythematosus. In höherem Alter wird das U. c. eine seltenere Erscheinung nach übereinstimmenden Angaben aller Beobachter. Auch ich habe keinen Fall von U. c. gesehen, dessen Träger über 55 Jahre alt gewesen wäre.

Die meisten Kranken, die wir zu Gesicht bekommen, stehen zwischen dem 30. und 45. Jahre. Es ist eine Krankheit des sogenannten besten Alters, im Gegensatz zum Lupus vulgaris, der bekanntlich seine ersten Eruptionen im mittleren Kindesalter zu vollziehen pflegt.

Es ist mir sehr aufgefallen, dafs alle meine Patienten, die ich daraufhin zu untersuchen Gelegenheit hatte, sich eines vorzüglichen Allgemeinbefindens erfreuten. Es steht das im Widerspruche zu den Beobachtungen BESNIERS, der sehr oft bei seinen Kranken Symptome der Skrophulose oder Tuberkulose nachweisen konnte. Es wäre dies übrigens auch nichts auffallendes, wenn wir bedenken, dafs ein Viertel aller Individuen an Tuberkulose zu Grunde geht. Es könnte auch ein zufälliges Zusammentreffen sein und es braucht deswegen noch kein näherer Zusammenhang zwischen beiden Affektionen zu bestehen. Immerhin ist in der Beziehung die Thatsache, auf die BESNIER aufmerksam macht, beachtenswert, dafs wir nach den fünfziger Jahren nicht nur keine Fälle von progredientem U. c., sondern auch nicht einmal abgelaufene, vernarbte Fälle antreffen, dafs mit anderen Worten die Patienten mit U. c. vor diesem Alter zu sterben pflegen.

Auch UNNA versicherte mir, dafs er überaus häufig seine Patienten mit U. c. später an Tuberkulose ganz rasch und oft beinahe unerwartet habe zu Grunde gehen sehen.

Interessant ist folgender Fall, den UNNA beobachtet hat. Ein junger Mann mit U. c. erkrankt an Tuberkulose und stirbt. Kurze Zeit darauf stellt sich die gewesene Braut des Verstorbenen, die den Kranken während seines Leidens gepflegt hatte, UNNA vor. Auch sie war an U. c. erkrankt und bot bereits deutliche Symptome von Tuberkulose. Wenn der Fall auch nicht beweisend ist für einen engeren ätiologischen Zusammenhang zwischen dem Hautleiden und der Tuberkulose oder gar für die Möglichkeit der Infektion, so ist er doch interessant genug, um mitgeteilt zu werden.

Boeck in Norwegen versichert geradezu, daſs alle seine Kranken mit U. c. skrophulös oder tuberkulös seien.

Die Anzahl meiner Fälle ist natürlich zu klein, die Beobachtungszeit zu kurz, als daſs ich mir über diese Frage ein selbständiges Urteil zutrauen dürfte.

Sehr oft konnte ich dagegen bei meinen Patienten das Bestehen derjenigen Symptomengruppe konstatieren, die wir als Rosacea zu bezeichnen pflegen, also anfangs eine nur zeitweise auftretende, später eine permanent bestehende Röte der Haut der Nasenspitze und der benachbarten Wangenpartien. Diese Röte läſst sich durch den drückenden Finger zum momentanen Verschwinden bringen und beruht zu Beginn jedenfalls nur auf einer vorübergehenden Dilatation der Gefäſse, später auf einer konstanten Erweiterung derselben; sie schwankt in ihrer Intensität und Extensität in weiten Grenzen, sie ist besonders stark und ausgebreitet nach Aufregungen und Anstrengungen beliebiger Art und namentlich auch zur Zeit der Menses.

Diese Rosacea scheint also in näherer Beziehung zum Prozeſs des U. c. zu stehen.

Den ersten Beginn des U. c. bekommt man selten zu Gesicht, meist handelt es sich schon um 50 Centimes groſse und gröſsere Plaques. Der jüngste Fall, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte und der erst 14 Tage lang bestanden haben soll, bot bereits eine 20 Centimes groſse erkrankte Fläche dar. Namentlich auf dem behaarten Kopfe entgeht die Krankheit oft sehr lange der Beobachtung, zumal bei Frauen mit dichtem Haarwuchs.

Nicht selten entdeckt man bei Patienten mit U. c. im Gesicht zum groſsen Erstaunen derselben auf dem behaarten Kopfe frankgroſse und gröſsere Plaques, von deren Existenz die Patienten selbst keine Ahnung hatten.

Dagegen findet sich oft Gelegenheit, bei schon längerer Zeit bestehendem U. c. die ersten Anfänge neuer Efflorescenzen zu verfolgen. Zunächst fällt eine stecknadelkopfgroſse, umschriebene Röte auf, bedingt durch die erweiterten Gefäſse. Aber gewöhnlich ist man zu der Zeit noch nicht im stande, die klinische Diagnose mit Sicherheit zu stellen, bis etwa 8—14 Tage später der Verdacht, es möchte sich um eine neue U. c.-Efflorescenz handeln, zur Gewiſsheit wird. Das erste klinische Symptom ist also eine auf Fingerdruck verschwindende, auf Gefäſserweiterung beruhende Röte; dieselbe variiert aber in ihrer Stärke und Ausdehnung zu Beginn der Affektion. Sie kann zeitweise ganz verschwinden, tritt aber dann besonders nach den Mahlzeiten und nach irgendwelchen Kongestion zum Kopf herbeiführenden Momenten stärker hervor. Durchaus nicht immer ist dieser erythematöse Fleck mit einer Schuppe bedeckt, noch weniger aber stets im Zentrum deprimiert, wie häufig an-

gegeben wird. Sehr oft können wir vielmehr in der anscheinend gesunden Umgebung von U. c. Herden kleinste, rote, lediglich auf Gefäfsdilatation beruhende Flecke sehen, die nichts von einer Erhabenheit um die Umgebung, nichts von einer Schuppe oder zentralen Depression zeigen und die sich eben doch später und zwar, wie ich beobachten konnte, in ganz kurzer Zeit, in zwei bis drei Wochen in typische U. c.-Efflorescenzen weiter entwickeln.

Das habe ich nicht nur selbst beobachten können, das hat mir auch ein Arzt versichert, der selbst seit länger als zehn Jahren an U. c. gelitten hatte und der sich selbst sehr gut zu beobachten pflegte.

Es ist darum der Wahrscheinlichkeitsschlufs wohl erlaubt, dafs auch anatomisch das Primäre eine Gefäfsdilatation ist.

Das klinische Bild, der Verlauf und Ausgang des gewöhnlichen Lupus erythematosus sind bekannt genug; ich brauche hierauf nicht näher einzutreten.

Alle Fälle, die ich gesehen habe, lassen sich in zwei Kategorien einteilen. Einmal in solche, bei denen die Epithelveränderung, besonders die Epithelproliferation aufserordentlich stark ausgeprägt ist; das sind also die Fälle mit den dicken, fest haftenden, fettreichen Schuppen und den langen hornigen Fortsätzen in den erweiterten Follikeln. Sodann solche Fälle, bei denen die Gefäfsveränderung das klinische Bild beherrscht und die Epithelwucherung zurücktritt; hierzu gehören besonders die Fälle, die gewöhnlich als Lupus pernio bezeichnet werden, wegen der Ähnlichkeit, die sie mit Erfrierungen darbieten.

Von verschiedenen, hauptsächlich französischen Autoren, werden Krankheitsfälle als Fälle von Lupus erythematosus (L. e.) beschrieben, die so vom typischen L. e. abweichende Bilder darbieten, dafs die Frage berechtigt ist, ob wir wirklich immer dieselbe Krankheit vor uns haben, oder ob nicht diesen klinischen Unterschieden auch anatomische und ätiologische entsprechen.

Übrigens erscheint der klinische Begriff des L. e. in der neueren dermatologischen Litteratur nichts weniger als scharf abgegrenzt. Während die Einen eine ganze Reihe klinischer, anscheinend recht differenter Krankheitsbilder in eine grofse Gruppe mit mehreren Unterarten vereinigen wollen und lebhaft für den L. e. als Krankheitseinheit eintreten, wie z. B. Besnier und Doyon, sind andere bestrebt, die Gruppe des L. e. zu zerstückeln in verschiedene histologisch, ätiologisch und klinisch verschiedene Krankheiten.

Unter den vielen zur Zeit für die in Frage stehende Affektion gebrauchten Namen habe ich mich für den von Unna in neuerer Zeit vorgeschlagenen, des Ulerythema centrifugum entschieden; — wir haben darin einen den ganzen Verlauf des Prozesses treffend andeutenden Namen,

kommen damit von dem gewifs unpassenden „Lupus“ los und werden dabei Biett gerecht, der als der Erste diese Krankheit scharf vom Lupus vulgaris unterschied und ihr den Namen Erythème centrifuge beilegte.

Anatomie des Ulerythema centrifugum.

Beim Beginn meiner Untersuchungen über die Anatomie des U. c. hatte ich mir vorgenommen, dieselben auszudehnen:

1. Auf die verschiedenen Stadien der Erkrankung.

Zunächst galt es vor allem, möglichst frische Efflorescenzen zu untersuchen, da nur an solchen gewisse wichtige Fragen, wie z. B. die über den primären Sitz der Erkrankung, zu beantworten waren; es gelang mir auch im Laufe eines Jahres, eine Reihe ganz frischer U. c.-Efflorescenzen zu exstirpieren. Es sind darunter nicht über stecknadelkopfgrofse, kaum 8—14 Tage alte Plaques, also so frische, als man überhaupt nur verlangen kann. Bei meinem Bestreben, möglichst frühe Entwickelungsstadien untersuchen zu können, war ich allerdings der Gefahr ausgesetzt, zuweilen auch Hautstücke als U. c.-Flecke auszuschneiden, die sich nachher bei der mikroskopischen Untersuchung als etwas anderes, z. B. als Aknepustel entpuppten. Ich habe darum in letzter Zeit nur noch solche Efflorescenzen excidiert, die ich selbst unter meinen Augen hatte sich entwickeln sehen und deren Diagnose über jeden Zweifel erhaben war. Die Präparate, die ich so gewonnen, stammen zum Teil aus der Unnaschen Klinik und Poliklinik, zum Teil habe ich sie hier von Patienten meiner Poliklinik entnommen. Ein sehr schönes, ganz frisches U. c.-Knötchen habe ich in der Berner dermatologischen Klinik exstirpiert.

Ich sage Herrn Dr. Unna, sowie Herrn Dr. von Inns meinen besten Dank für die freundliche Überlassung des Materials.

Sehr leicht gelang es mir, Präparate aus dem Höhestadium zu erhalten. Ich verfüge über ein ziemlich reiches Material aus dieser Periode. Gewöhnlich trachtete ich darnach, die zu exstirpierenden Stückchen dem Rande der Efflorescenz zu entnehmen, um die kranke Haut mit der gesunden vergleichen zu können.

Leider kann ich nicht dasselbe in Bezug auf das Abheilungsstadium sagen. Es gelang mir nicht, völlig abgeheilte vernarbte Stellen zur Untersuchung zu erhalten, trotzdem dafs ich mich an mehrere Kliniken und Polikliniken mit der Bitte um Material gewandt hatte. Es geht eben aus naheliegenden Gründen nicht wohl an, einem Patienten zuzumuten, sich ein Stück aus einer Narbe exstirpieren zu lassen, während sich die Exstirpation im Anfangs- und Höhestadium sogar therapeutisch rechtfertigen läfst.

Dagegen besitze ich ein Präparat, von der Ohrmuschel stammend, das, wenn es auch nicht das Stadium der völligen Abheilung repräsentiert,

doch jedenfalls diesem Stadium sehr nahe kommt. Der Prozefs des U. c. war jedenfalls nahe am Erlöschen.

2. Auf die verschiedenen Lokalisationen. Diese Absicht konnte ich nur teilweise erfüllen. Ich fand z. B. keine Präparate vom Stamme, dagegen solche von beinahe sämtlichen Regionen des Kopfes, von Nase, Wangen, Kinn, Lider, behaartem Kopf, Ohrmuschel, in letzter Zeit sind mir von Dr. UNNA auch noch Präparate, von den Extremitäten, speciell von den Fingern stammend, gütigst überlassen worden.

3. Auf die verschiedenen Formen und Unterarten des Ulerythema, z. B. auf das Ulerythema acneiforme, von dem ich hier einen Fall in Behandlung hatte, ferner das Ulerythema sycosiforme, von dem ich bei UNNA einen Fall beobachten konnte. Ich habe bald eingesehen, dafs ich die Absicht, auch diese Formen in meine Untersuchungen einzubeziehen, aufgeben müsse, einmal wegen der Seltenheit des Materials, sodann weil es den Rahmen meiner Arbeit viel zu grofs gemacht hätte.

Technisches.

Meine sämtlichen Präparate sind in vivo exstirpiert worden. Die Mehrzahl derselben habe ich in Alkohol fixiert und gehärtet. In letzter Zeit zog ich jedoch vor, in Sublimat zu fixieren oder in Flemmingscher Mischung, teils weil ich die Gefäfsverhältnisse so besser beurteilen konnte, teils um etwaige Fettdegenerationen zu erkennen.

Wenn irgend möglich, habe ich von jedem Präparat je einige Schnitte auf folgende verschiedene Arten gefärbt:

mit Hämatoxylin-Eosin,
Methylenblau-Kreosol-Eosin,
Pikro-Cocchenille,
Orcein,
Orcein-Hämatoxylin,
Orcein-Methylenblau.

Die Flemmingschen Präparate wurden mit Saffranin gefärbt.

Nach Mikroorganismen habe ich nicht gesucht.

Anfangsstadium.

Wie bereits bemerkt, ist es wohl nicht leicht möglich, frischere Efflorescenzen zu untersuchen, als ich es gethan habe, dennoch konnte ich in all diesen ganz frischen Fällen schon mit Sicherheit folgende Veränderungen nachweisen:

Verdickung der Hornschichte und Zapfenbildung derselben,
Erweiterung der Follikelmündungen,
Erweiterung der Gefäfse,
Zellinfiltration der Cutis,
Ödem der Cutis und Epidermis.

Zunächst möchte ich den Befund bei jenem ganz frischen Berner Präparat schildern, das ich in der Gröfse einer Linse aus der Wange einer 17jährigen Idiotin exstirpierte. (S. Fig. 1, 3, 4 u. 5.) Es handelte sich um einen typischen Vespertilio beider Wangen mit dicken, fest adhärenten, fettigen Schuppen, rotem, erhabenem Rand. Mitten in der gesunden Umgebung fand sich ein wenig über stecknadelkopfgrofses, rotes, erhabenes Knötchen mit dünner Schuppe. Dieses wurde exstirpiert, ein anderes gröfseres Stückchen aus dem grofsen alten Herde wurde in Flemmingscher Lösung fixiert.

Beginnen wir zunächst mit der Epidermis.

Wie in allen anderen Präparaten finden wir die Hornschicht verdickt. Diese Verdickung ist in Anbetracht der Frische des Falles eine ziemlich bedeutende. Am stärksten ausgesprochen ist sie im Zentrum der Affektion; hier übertrifft die Hornschicht die gesamte übrige Epidermis an Mächtigkeit, stellenweise sogar um das Mehrfache. Von der unteren Fläche der Hornschicht gehen zum Teil recht lange und breite, kegelförmige Fortsätze in die erweiterten Follikel. Die Haare, die aus diesen Follikelmündungen hervortreten, sind völlig pigmentlos oder wenigstens sehr pigmentarm. Der Zusammenhang der Hornlamellen ist noch ein fester, wenigstens ist von der Faserung und Abblätterung, wie wir es im Höhestadium treffen werden, noch nichts zu sehen.

Die Körnerschicht ist in zwei Reihen gut erhalten, zeigt nichts Abnormes.

Die Stachelschicht beteiligt sich offenbar mehr passiv am Prozesse; sie ist bei einigen Schnitten im Zentrum etwas verdickt, doch erreicht die Verdickung keinen bedeutenden Grad. Da bei anderen Schnitten desselben Präparates und ungefähr derselben Schnittserie nichts von einer hypertrophischen Stachelschicht zu sehen ist, so kann es sein, dafs diese Verdickung nur eine scheinbare, durch unrichtige Messerführung erzeugte ist. Jedenfalls spielt die Hypertrophie der Stachelschicht in diesem Stadium noch keine bedeutende Rolle. Im übrigen zeigen die Zellen der Stachelschicht keine besonderen Anomalien. Ihre intercellulären Räume sind etwas erweitert, stellenweise finden sich auch Andeutungen von intracellulärem Ödem (perinukleäre Höhlenbildung). Aber die Kerne sind gut gefärbt, von irgendwelchen Degenerationsvorgängen kann ich nichts entdecken.

Da, wo die Infiltration der Cutis stark ausgesprochen ist, finden wir nun auch die Stachelschicht (St.-Sch.) in den Bereich der Infiltration gezogen; denn wir sehen die Infiltrationszellen nicht nur bis dicht an die St.-Sch. herantreten, sondern in dieselbe hinein, zwischen die Zellen derselben eindringen. Es ist klar, dafs durch diese Zelleninfiltration in Verbindung mit dem leichten Ödem der St.-Sch. der Zusammenhalt der

basalen Zellen etwas gelockert und dafs die Grenze gegen die Cutis undeutlich und verschwommen wird, doch ist dies nur an einzelnen wenigen Stellen der Fall, im allgemeinen sind die Grenzen zwischen Cutis und der St.-Sch. scharf.

Wenn wir, von der gesunden Peripherie ausgehend, gegen das Zentrum zu die Cutis untersuchen, so stofsen wir peripher noch auf ganz normale Gebiete, die sich in nichts von einer gesunden normalen Cutis unterscheiden. Dann fallen uns zunächst die weiten Gefäfse auf, es ist also die erste anatomische Veränderung die Gefäfserweiterung. Aber diese erweiterten Gefäfse sind noch nicht von Zelleninfiltraten umgeben; erst wenn wir uns noch mehr dem Mittelpunkte nähern, finden wir nicht nur alle Gefäfse erweitert, sondern auch von Zelleninfiltraten umgeben. Es wäre also die Zellinfiltration das zweite pathologische Symptom. Dieselbe tritt erst nach der Gefäfserweiterung auf, hängt also wahrscheinlich von derselben ab. In diesen Präparaten finden wir diese Zellherde lediglich in der Papillarschicht, die tieferen Schichten sind frei davon; der Schlufs, dafs also zunächst diese Schicht infiltriert wird, trifft aber nicht allgemein zu, da wir, wie wir sehen werden, andere Präparate haben, wo die Zellinfiltration zunächst in tieferen Schichten auftritt. Immer aber, das trifft wohl allgemein zu, liegen die Infiltrationszellen zunächst den Gefäfsen und nur den Gefäfsen entlang. Daraus folgt, dafs der Ausgangspunkt und der primäre Sitz der Erkrankung die Blutgefäfse sind und nicht etwa die Talgdrüsen, wie zuerst von Hebra, dann von Geddings, Kaposi (Kohn), Neumann behauptet wurde. Zu dem selben Schlusse, wie wir, kam Geber, der zuerst die Geddingssche Auffassung bekämpft hat.

Die Infiltration, die hier also zunächst in der Papillarschichte auftrat, hat einen ausgesprochen herdförmigen Charakter, die einzelnen Herde sind scharf abgegrenzt, während sie später durch Konfluenz zu einer mehr diffusen Infiltration führen. In der Peripherie finden wir die Infiltration nur den Gefäfsen entlang, so dafs förmliche Züge entstehen, die auf den ersten Blick uns den Verlauf der Gefäfse andeuten. Aber auch die Herde im Zentrum werden stets von einem weiten, strotzend gefüllten Gefäfse durchzogen.

Die Gefäfse selbst scheinen sich auch aktiv am Prozesse zu beteiligen. Nicht nur sind sie, wie bemerkt, strotzend mit Blutkörperchen erfüllt, sondern ihre Endothelien sind auch geschwollen; Geber wollte Teilungserscheinungen an ihnen wahrgenommen haben; auch ich glaubte, ähnliches beobachten zu können, grofse Endothelien mit zwei Kernen. Mitosen dagegen konnte ich keine nachweisen, ebensowenig habe ich Neubildung von Gefäfsen gesehen.

Nach Geddings, Hebra u. a. sind die Talgdrüsen der primäre Sitz

der Erkrankung. Ich habe darum diesen meine spezielle Aufmerksamkeit zugewendet, kam aber dabei zum Schlusse, daſs sie das entschieden nicht sind, wenigstens sind sie es in meinen Fällen nicht. Nicht nur erschienen sie selbst vollkommen normal, weder hypertrophisch noch atrophisch, sondern auch ihre bindegewebige Umgebung zeigt sich völlig frei von der Infiltration. Dasselbe gilt auch von den Knäueldrüsen.

Auſser dieser Infiltration zeigt die Cutis noch andere Abnormitäten. Vor allem finde ich sie ödematös, d. h. die Saftspalten sind abnorm weit, besonders dicht unter und in der Umgebung der Herde.

Die massenhaften verästelten Pigmentzellen, die sich hier finden, sind in der Wangenhaut der stark pigmentierten dunklen Patientin wohl keine abnorme Erscheinung.

Die Follikelmündungen sind, wie schon erwähnt, überaus weit und mit Hornmassen erfüllt.

Die Haarwurzelscheiden schienen noch nicht ergriffen zu sein.

Ein interessantes Bild bieten hier in der Gesichtshaut die elastischen Fasern dar. (S. Fig. 3, 4, 5.) In der Tiefe der Cutis finden wir horizontal gerichtete, parallele, lange und dicke Stränge, die bald miteinander anastomosieren, bald sich scheinbar in mehrere dünne Bündel zersplittern.

Weiter oben verlaufen sie mehr schräg nach aufwärts, zum Teil aber auch noch horizontal, aber sie sind kürzer und dünner, dafür aber dichter angeordnet.

Unter der Epidermis liegt zunächst eine von elastischen Fasern ganz freie Zone, dann folgt ein überaus dichtes Geflecht von meist horizontal gerichteten Fasern, aus denen ganz feine Fäserchen nach oben gegen die basalen Stachelzellen hinziehen, ohne jedoch dieselben ganz zu erreichen. Hier treffen wir auch jene eigentümlichen Knollen oder wurstförmigen Gebilde aus Elastin, die wir normalerweise in der Gesichtshaut treffen, wie ich sie auch schon in der Gesichtshaut von Neugeborenen gesehen habe, — zum Teil in ganzen Reihen dicht nebeneinander liegend und so förmliche elastische Polster bildend. Einen direkten Zusammenhang dieser Gebilde mit den Fasern konnte ich nirgends mit Sicherheit nachweisen.

Interessant ist nun das Verhalten der elastischen Fasern zu den Zellherden. Schon schwache Vergröſserung zeigt uns auf den ersten Blick, daſs überall, wo die Infiltrationszellen dicht gedrängt stehen, also Herde bilden, die elastischen Fasern zu Grunde gegangen sind. Meist ist im Bereiche der Zellherde gar nichts mehr von elastischen Fasern zu sehen, nur hier und da ziehen noch schmächtige, schwachgefärbte, dünne Fasern durch die Herde hindurch. (S. Fig. 3 u. 5.) Ein Beiseiteschieben der elastischen Fasern durch die Infiltrationszellen, wie dies Sack bei seinen Untersuchungen über das Ulerythema sykosiforme gefunden hat, konnte ich nicht nachweisen.

Drei andere Präparate aus frühestem Stadium differieren in manchen Beziehungen von dem eben geschilderten. Es sind dies Präparate, die ich selbst in der UNNAschen Poliklinik einer ca. 36jährigen Frau aus der Haut des Nasenrückens und der oberen Lider excidiert habe. Klinisch waren linsengroſse bis 20 Centimes groſse rote Flecke mit etwas erhabenem Rande und leichten Schuppen zu konstatieren gewesen. Die Affektion soll erst seit kurzem, angeblich seit drei Wochen bestanden haben. UNNA sowohl wie ich stellten beide, unabhängig voneinander, die Diagnose auf U. c. Leider verschwand die Frau aus unseren Augen, so daſs ich über das weitere Schicksal der Affektion nichts aussagen kann. Sie war durch Quecksilberpflastermull wesentlich gebessert worden, was ja bei U. c. nichts Auffallendes ist.

Nun, der Befund war bei diesen Präparaten ein sehr merkwürdiger und vom früheren etwas abweichender.

Die Hornschicht ist wieder in der Mitte der Affektion verdickt, aber sie ist stellenweise durch Beimengungen zahlreicher Wanderzellen in eine Kruste verwandelt. Borstig zerfaserte Fortsätze dringen in die Follikel ein. Auffallende Veränderungen zeigt die Stachelschicht.

An der gesunden Peripherie haben wir die normale Stachelschicht, die höchstens etwas ödematös erscheint, die Grenze gegen die Cutis ist scharf. Gegen die Mitte zu wird sie aber immer mehr und mehr verwischt, die St.-Sch. selbst verschmächtigt, der Zusammenhalt ihrer basalen Zellen gelockert, beides offenbar zum Teil durch das zunehmende Ödem, zum Teil dadurch, daſs sich Infiltrationszellen aus der Cutis zwischen die Stachelzellen hineindrängen.

Ein groſser Teil der Stachelzellen ist in Ausfall gekommen.

Derselbe Vorgang hat in den Follikeln stattgefunden, namentlich in den oberen Abschnitten. Die Talgdrüsen dagegen sind unversehrt geblieben.

Ganz besonderes Interesse bietet bei diesen Präparaten das genauere Studium der Infiltrationszellen. Die Zellen, welche diese Herde ausmachen, sind verschieden in Bezug auf ihre Form wie ihren Ursprung.

Wir haben zunächst Leukocyten mit lappigem Kern, aber nur in spärlicher Menge. Dann mittelgroſse runde Zellen mit relativ groſsem Kern und einer ganz schmalen undeutlichen Protoplasmahülle. Es unterscheiden sich diese Zellen, die das Gros der Herdelemente ausmachen, so wesentlich von den bei Lupus vulgaris, Lepra, Lues vorkommenden Plasmazellen, daſs allein hieraus die Differentialdiagnose zwischen den Ulerythemen und den genannten Affektionen (bei guter Protoplasmafärbung) gestellt werden kann. Echte Plasmazellen im Sinne UNNAS habe ich in diesen Präparaten keine gefunden. Daſs aber doch solche beim U. c. vorkommen, das habe ich aus ganz frischen Präparaten gesehen, die mir von UNNA neulich zur Verfügung gestellt worden sind. (S. Fig. 2.)

Es handelte sich um den Fall von Lupus disseminatus, der seitdem von dem Assistenzarzte UNNAS, PHILIPPSON, in No. 35 1892 der *Berl. klin. Wochenschr.* veröffentlicht worden ist. Da finden sich zahlreiche echte Plasmazellen mit grofsem, stark tingiertem Protoplasmaleibe. Aber sie finden sich nur an der Peripherie junger Herde und nur in ganz frühen Stadien; dagegen und das ist für die Auffassung der Herdelemente sehr wichtig, vermissen wir sie völlig in alten Herden, besonders im Zentrum derselben.

Wir müssen uns den Vorgang wohl so zurechtlegen, dafs wir annehmen, dafs zunächst die präexistierenden oder neugebildeten Bindegewebszellen mächtig anschwellen zu grofsen Plasmazellen, dann aber in kurzer Zeit entweder durch das sich entwickelnde Ödem gewissermafsen angenagt und auf dem Wege der Lymphbahnen weggeschwemmt werden oder aber sich in die gewöhnlichen runden Bindegewebszellen umwandeln, deren weitere Schicksale sie dann teilen. Für die erstere Möglichkeit spricht der Befund von stark tingierten protoplasmatischen Bröckeln, sowohl zwischen den kollagenen Fasern neben den echten wohlerhaltenen Plasmazellen, als in den Lymphspalten und Lymphgefäfsen, — Bröckel die wir doch wohl als Bruchstücke der Plasmazellen ansehen müssen.

Nach diesen Befunden würde ich das U. c. nicht mehr, wie das bis jetzt geschah, als einfache, in Atrophie endigende Entzündung auffassen, es würde sich dasselbe eher den entzündlichen Infektionsgeschwülsten Lupus, Lues, Lepra nähern.

Lokalisation der Herde.

UNNA giebt wie mehrere andere Beobachter an, dafs die ersten Herde sich mit Vorliebe in der Papillarschicht ansiedeln, bei stark behaartem Kopfe besonders um die verpfropften Haarbälge. Von diesen Prädilektionsstellen soll sich nach ihm die Infiltration den Gefäfsen entlang ausdehnen, besonders in die Tiefe um Lanugobälge, um die grofsen Talg- und Knäueldrüsen. Ich kann einstweilen keine bestimmte Regel erkennen in Bezug auf die primäre Lokalisation der Herde, abgesehen davon, dafs wir sie immer an Gefäfse gebunden finden. Bald sehen wir die Infiltration zuerst die obersten Schichten der Cutis befallen, bald mehr die tieferen; es bedarf jedenfalls erst einer gröfseren Zahl von Untersuchungen, bevor diese Frage richtig beantwortet werden kann. Jedenfalls möchte ich hier nochmals betonen, dafs die Talgdrüsenumgebung keineswegs in solch hohem Grade von der Infiltration bevorzugt wird, wie dies GEDDINGS, KAPOSI, NEUMANN u. a. angeben.

Während die Zellen in den jüngeren Herden und auch in der Peripherie der alten in Form und Tinktion scharf ausgeprägt erscheinen, sind die Zellen im Zentrum der grofsen Herde undeutlich verschwommen,

zum Teil wie angenagt. Was aber diese Herde ganz besonders charakterisiert, wenigstens die gröfseren älteren, das ist die Kanalisation, die UNNA schon früher als Hauptcharakteristikum aller Ulerytheme hingestellt hat.

Durch Erweiterung der Saftspalten, also infolge Ödems und Schwund kollagener Substanz entsteht ein eigentümliches System von Kanälen zwischen den Infiltrationszellen. Diese Kanäle sind zum Teil ohne Endothelbelag, also als einfache Saftspalten aufzufassen, zum Teil sind sie ganz oder nur stellenweise mit Endothelien ausgekleidet. Sie kommunicieren sowohl unter sich als mit weiten, teils unregelmäfsig begrenzten, teils mit Endothel versehenen Saftlücken, die sich namentlich in der Papillarschicht dicht unter dem Epithel finden, mit förmlichen Lymphseen. Im Innern dieser Saftlücken finden wir nun nicht nur einzelne solcher kubischen Zellen, sondern ganze Konglomerate derselben und Rudimente davon. In einem Falle hat UNNA sogar eine Mastzelle darin entdeckt. Der letztere Befund beweist uns, dafs wir es nicht, wie man vielleicht vermuten könnte, mit Endothelwucherung in präformierten Lymphräumen zu thun haben. Ich denke mir vielmehr den Vorgang so. In den Zellherden kommt es zunächst zu hochgradigem Ödem, zur Erweiterung der präformierten Lymphspalten. Wir haben früher schon gesehen, dafs im Bereich der Herde die elastischen Fasern zu Grunde gehen, vor ihnen aber noch das kollagene Gewebe, die kollagenen Bündel. Durch den Untergang dieser Gewebsteile entstehen nun zunächst Lücken ohne Endothelbelag. So finden sich die Infiltrationszellen nun in diesen Lücken, aus denen sie nach und nach auf dem Wege der Lymphgefäfse abgeführt werden.

Sind aber die Zellen bei diesem Einschmelzungsprozefs nicht auch selbst beteiligt oder ist es nur das Zwischengewebe? Sämtliche frühere Bearbeiter von HEBRA, GEDDINGS an bis auf die neuesten, wie SCHÜTZ, GEBER, LELOIR, behaupten, dafs die Infiltrationszellen sowohl wie das Zwischengewebe der fettigen oder hyalinen Degeneration anheimfallen. Sie machen sich aber ihre Sache leicht. Sie finden die Zellen trüb und schreiben sofort diese Trübung einer fettigen Degeneration zu. Oder sie finden, wie LELOIR, dafs sich die Zellen mit Pikrokarmin gelb färben, und schliefsen daraus auf fettige Degeneration. Auch ich habe von allen meinen Präparaten einzelne Schnitte mit Pikrocochenille gefärbt und nichts von Gelbfärbung der Zellen wahrgenommen. Übrigens bezweifle ich, dafs diese Reaktion für Fettdegeneration beweisend sei; ich erinnere nur daran, dafs WEIGERT seine diphtheroiden neurotischen Schollen bei Variola ebenfalls gelb gefärbt fand, ebenso werden die komprimierten Epithelstränge in der Variolapustel auch oft gelb gefunden. Also beweisend für Fettdegeneration ist diese Reaktion nicht.

Ich habe, um die Frage zu entscheiden, einzelne meiner Präparate in Flemmingscher Lösung fixiert und gefunden, dafs in frischen Fällen, in jungen Herden also, von Fettdegeneration absolut nichts zu finden ist. In älteren Herden stofsen wir zuweilen auf einzelne Zellen, deren Protoplasma mit schwarzen Körnern erfüllt ist. Es mag also hier und da eine einzelne Zelle der fettigen Degeneration anheimfallen. Aber von irgend einer ausgebreiteten oder gar allgemeinen Fettdegeneration der Infiltrationszellen konnte ich nichts entdecken.

Wenn also auch möglicherweise fettige Degeneration der Rundzellen bei diesem Prozesse mitspielt, so kommt ihr doch keinesfalls die Bedeutung zu, die ihr von LELOIR und anderen zugeschrieben wird.

Kommt auch hyaline oder kolloide Degeneration vor? In den Rundzellen habe ich nichts gefunden, was auf eine solche Form der Degeneration schliefsen liefse. Dagegen haben wir fast konstant in den oberen Schichten der Cutis homogene, scheibenförmige, zum Teil glänzende, von Elastinknollen wohl zu unterscheidende Gebilde getroffen, die ich für kolloid degenerierte kollagene Massen halte. Da wir diesen Gebilden im Höhestadium des Prozesses wieder und zwar in besonders reicher Menge begegnen werden, verspare ich ihre Besprechung bis dahin.

Aufser den bereits geschilderten Zellformen finden wir in manchen Präparaten noch reichliche Mastzellen. Dieselben sind auffallend klein, schwach gekörnt, ihre Ausläufer kurz abgerundet. In anderen Präparaten vermisse ich Mastzellen ganz. Wir treffen sie vorzugsweise in der Peripherie der Herde und in der Nähe von Gefäfsen.

Die Blutgefäfse sind in toto erweitert, besonders stark in der Peripherie, viel weniger im Innern der Herde. Ihre Endothelien sind meistens sehr grofs, geschwollen und ragen ins Innere des Lumens vor, das dadurch stellenweise verengt wird. Auch finden sich wieder Endothelien mit zwei Kernen. Es beteiligen sich jedenfalls die Gefäfse mit Proliferation ihrer Endothelien am Prozesse.

Wenn ich versuchen soll, die Entwickelung des U. c. in seinen ersten Stadien nach dem bisher Gefundenen zu zeichnen, so würde ich es folgendermafsen thun.

Das Primäre bei allen Fällen von U. c. ist die Erweiterung der Blutgefäfse. Es wird dies sowohl durch die anatomischen Befunde, als die klinische Erfahrung bestätigt. Es kommt zu einer serösen und zelligen Infiltration der Cutis, wie es scheint, mit Prädilektion der Papillarschicht, aber durchaus nicht ausschliefslich. Wir können die Herde ganz frühe schon in allen möglichen Schichten der Cutis nach-

weisen, sogar in einzelnen Fällen ganz in der Tiefe um die Talgdrüsen und Haarbälge, sowie um die Knäueldrüsen herum.

Diese Infiltration ist eine exquisit herdförmige und hält sich anfangs streng an die Blutgefäfse.

Der Charakter der Zellen, welche diese Herde bilden, ist ein verschiedener. Neben spärlichen Leukocyten mit gelapptem Kern finden sich vorzugsweise Rundzellen mit relativ grofsem Kern und spärlichem Protoplasmaleibe. Diese Rundzellen unterscheiden sich so wesentlich von den bei Lupus vulgaris, Lues, Lepra vorkommenden Plasmazellen, dafs man hieraus schon sofort das U. c. von den genannten Affektionen unterscheiden kann. Aber es kommen doch auch im U. c. Plasmazellen vor, allerdings nur an der Peripherie ganz junger Herde in frischen Fällen. Sowie sich ein stärkeres Ödem entwickelt, verschwinden diese Plasmazellen.

Die seröse Infiltration macht sich in der Umgebung der Herde als Ödem des kollagenen Gewebes bemerklich.

Schon früh greift die seröse wie die zellige Infiltration in die Stachelschicht über, sowohl in die St.-Sch. der allgemeinen Decke wie der Follikel. Sie führen zur Wucherung der basalen Zellen, zum Teil auch zum Untergang derselben. Es wird hierdurch die Grenze gegen die Cutis verwischt.

Im übrigen beteiligt sich die Epidermis durch eine stärkere und tiefergreifende Verhornung am Prozefs. Diese Hyperkeratose greift auch auf die St.-Sch. der Follikel über, und sie führt wahrscheinlich zur Erweiterung derselben.

Mit der Infiltration in die Cutis geht die Zerstörung des kollagenen und elastischen Gewebes Hand in Hand. Dieselben schmelzen ein, es kommt zur Erweiterung der präformierten Saftspalten, zu der für die Ulerytheme charakteristischen Kanalisation der Herde, die bald mehr, bald weniger ausgesprochen ist, aber in allen Fällen sich nachweisen läfst.

Nun beginnen auch die Infiltrationszellen zunächst in den Zentren der Herde allmählich zu verschwinden. Es ist die Frage, ob sie zunächst degenerieren und dann erst durch die Lymphbahnen abgeführt werden, oder ob sie undegeneriert, lediglich durch den Untergang des Zwischengewebes, durch das Ödem ausgewaschen und dann resorbiert werden. Bis jetzt wird von allen Autoren Fettdegeneration angenommen. Ich kann auf Grund meiner Befunde der Fettdegeneration nur eine nebensächliche Bedeutung zuerkennen.

Höhestadium.

Die Untersuchung des Höhestadiums der U. c. (Fig. 1) ergiebt im ganzen wenig, was für das Verständnis desselben von besonderem Interesse wäre. Am meisten treten in der Beziehung die sekundären Veränderungen der

Epidermis und der Follikel hervor, sowie die Vorgänge in den Zellherden. Doch lassen sich die letzteren schon in ganz frühen Stadien und zwar noch besser studieren.

Ich habe eine grofse Zahl von U. c. in diesem Stadium untersucht und im ganzen und grofsen immer dasselbe Bild gefunden.

Was das Höhestadium zunächst und zwar meist schon klinisch vom Anfangsstadium unterscheidet, das ist die mächtige Hyperkeratose, die Verdickung der Hornschicht. Sie ist allerdings durchaus nicht in allen Fällen hochgradig ausgesprochen, ich vermisse sie z. B. in Präparaten vom behaarten Kopf, aber Andeutungen derselben sind doch stets vorhanden. Wo sie stark ausgeprägt ist, da beherrscht sie das klinische Bild, da imponiert sie auch im mikroskopischen und verleiht ihm etwas überaus Charakteristisches. Sie ist offenbar um so stärker ausgebildet, je näher der Prozefs sich der Akme befindet. Im Anfangsstadium und im Stadium der Abheilung tritt sie mehr oder ganz zurück, oder macht sogar in letzterem Stadium einer Verschmächtigung der Hornschicht Platz. Die Verdickung der Hornschicht nimmt gewöhnlich von der Peripherie gegen das Zentrum hin, wo sie ihr Maximum erreicht, zu. Sie beginnt oft schon ziemlich weit nach aufsen, doch reichen die Gefäfserweiterung und die Zellinfiltration stets noch weiter nach aufsen als sie.

Die verdickte Hornschicht macht oft den Eindruck homogener Hornmassen, von Schuppen, aber sie enthält auch häufig, besonders an der Basis, horizontal gerichtete, respektive der Oberfläche parallel gestellte, gut tingierte längliche Kerne. Sie ist, wie sich an Osmiumpräparaten nachweisen läfst, stets sehr fettreich.

Wo die Schuppen eine solche Mächtigkeit erreicht haben, da zersplittern sie in ihren obersten Lagen parallel der Oberfläche, aber an ihrer Basis haften sie noch ungemein fest an ihrer Unterlage. Denn auch da, wo die Schuppen sich losgelöst haben, ist immer noch eine dünnere oder dickere Hornlamelle an der Körnerschicht haften geblieben. Es ist offenbar der Zusammenhalt mit der letzteren ein intensiverer, als mit den höheren Lagen der Hornschicht.

Wie bereits bemerkt und wie schon in den ersten klinischen Beschreibungen von Hebra erwähnt worden, senden diese Schuppen lange und breite Fortsätze in die Follikelmündungen. Oft lassen sich diese Fortsätze sehr tief in die Ausführungsgänge der Haarbälge verfolgen. Auch sie sind stark fetthaltig.

Ein (zuweilen auch zwei) scheinbar gesundes Haar passiert hier und da die Fortsätze, aber in anderen Fällen sind die Haare völlig pigmentlos. Man bekommt manchmal den Eindruck, als ob die Passage durch diese Zapfen ganz abgesperrt sei, als ob die Follikel dadurch völlig verstopft wären. Es würde dies natürlich eine Stauung des Sekrets in den Aus-

führungsgängen der Talgdrüsen und eine konsekutive Erweiterung derselben bedingen und auch später den Untergang des Haares zur Folge haben. Immerhin beweist der häufige Befund von Haaren, daſs die Follikel auch im Höhestadium noch wenig gelitten haben. Diese Erweiterung der Follikel ist denn auch neben der Infiltration und Gefäſserweiterung das konstanteste Symptom, das wir haben. Es wird in keinem Fall von U. c. vermiſst. Ich glaube aber nicht, daſs sie die Folge einer Hypersekretion ist, wie das von den früheren Beschreibern behauptet wurde, sondern erkläre sie mir durch die auf die Follikelepithelien übergreifende Hyperkeratose und durch die konsekutive Stauung wie bei der Akne.

Wir finden aber neben diesen in die Follikel hineinragenden Zapfen andere ebenso mächtige, die nur in Epitheleinsenkungen hinabtauchen. Diese können vollends nicht das Produkt der Talgdrüsen sein, sondern verdanken ihre Entstehung der Hyperkeratose. Wir kommen später noch auf diese Epitheleinsenkungen zu sprechen.

Nicht immer haben wir es nur mit Schuppen zu thun. In manchen Fällen finden wir nämlich die Hornmassen mit zahlreichen Kernen von Wanderzellen, mit Blutkörperchen, kleinen hämorrhagischen Herden durchsetzt. Wir haben eine Kruste vor uns oder wir sehen bläschenförmige Abhebungen. Selten ist die Hornschicht in toto blasenförmig abgehoben, so daſs die Basis der Blase von der Körnerschicht gebildet würde. Meist sind vielmehr die Blasen rings von Hornlamellen umgeben, sie liegen ganz in der Hornschicht. Es ist fraglich, ob diese Krusten- und Blasenbildung zum Prozeſs des U. c. gehört. Es scheint mir viel wahrscheinlicher, daſs sie in der Mehrzahl der Fälle das Produkt reizender Behandlungsmethoden sind. In einem Präparat fand ich einen groſsen Teil der Hornzellen blasig gequollen, mit deutlichem Kern versehen.

Über die Körnerschicht habe ich nicht viel zu bemerken. Miethke fand zuweilen, wo eine starke Proliferation der St.-Sch. stattgefunden hatte, bis 13 Lagen von Körnerzellen, und dieselben waren zum Teil noch mit dem Stachelpanzer versehen. Ich habe ähnliches nie beobachtet. Ich fand die Körnerzellen im allgemeinen gut erhalten, 2 bis 3 Reihen bildend. Nur da, wo die noch zu besprechende Hypertrophie der St.-Sch. höhere Grade erreicht, finden wir 6 bis 8 Lagen Körnerzellen. Auch in den Follikeln lassen sich dieselben meist gut nachweisen.

Die Stachelschichte beteiligt sich in allen Fällen von ausgesprochenem U. c. am Prozeſs, bald nur passiv, bald in mehr aktiver Weise. Immerhin müssen wir diese Veränderungen der St.-Sch. als mehr sekundären Vorgang auffassen.

Zu Beginn des Prozesses ist, wie wir gesehen, die St.-Sch. wenig oder gar nicht verdickt. So gelingt es auch nur selten, Mitosen in diesem

Stadium nachzuweisen. Wo die Epidermis in den erkrankten Partien mächtiger ist, als in der gesunden Peripherie, da beruht die Verdickung zum gröfsten Teil auf einer Verdickung der Hornschicht. Anders im Höhestadium. Da haben wir in vielen Fällen eine starke Hypertrophie der St.-Sch. vor uns. Dieselbe macht sich nicht nur um die Follikelmündungen, sondern auch anderswo geltend und führt zur Bildung breiter und hoher Epithelwülste, förmlicher Epithelwälle, zumal im Zentrum der Affektion.

Leloir hat selbst Fälle gesehen, wo die Epithelwucherung zur Ramifikation führte, was mir nie geglückt ist. Auch war die Hypertrophie in meinen Fällen nie oder selten eine so mächtige, dafs sie das von Miethke gebrauchte „enorm" rechtfertigen könnte. Immerhin macht sich der Druck der Epithelmassen doch in der Cutis geltend durch die eigentümliche Streckung der elastischen Fasern und Verbreiterung der Papillen.

Auch in diesen Fällen von starker Epithelwucherung habe ich merkwürdigerweise wenig Mitosen nachweisen können, weniger sogar als in anderen Fällen, wo die St.-Sch. nicht so hochgradig verdickt war.

Wie bemerkt, findet diese Epithelwucherung nicht immer statt, sie fehlte z. B. am behaarten Kopf, obschon der Prozefs in diesen Präparaten schon weit vorgeschritten war. Ich habe vorhin die Epitheleinsenkungen erwähnt, in die sich die Kernzapfen hineinsenken. Ich habe sie vorzugsweise in einem Präparat gefunden, dessen Epidermis noch andere Eigentümlichkeiten aufwies. Es betraf einen schon sehr weit vorgeschrittenen Fall. Die Epidermis ist da nämlich im ganzen Bereich der Erkrankung in Falten geworfen, und diesen Falten folgt die Hornschicht. Sodann ist die ganze zentrale Partie eingesunken, liegt tiefer als das Niveau der Umgebung. Diese Faltenbildung oder Buchtung können wir uns durch ungleichmäfsige Wucherung der St.-Sch. erklären. Die Einsenkung ist leicht verständlich, wenn man den beträchtlichen Gewebsschwund der Cutis berücksichtigen will. Die St.-Sch. wuchert einem atrophischen Gewebe entgegen.

Aufser diesen Einbuchtungen haben wir noch andere eigentümliche Einsenkungen im Körper der St.-Sch. selbst, die mit Hornzapfen erfüllt sind. Es scheint hier zunächst zur Wucherung der St.-Sch. gekommen zu sein, worauf ein rapide in die Tiefe greifende Verhornung der gewucherten Massen zur Bildung der Einsenkungen führte.

In fast allen Präparaten haben wir ein leichteres oder stärkeres Ödem der St.-Sch.; besonders stark ist dasselbe da, wo die Zellinfiltration der Cutis an die St.-Sch. herantritt oder gar in sie übergreift.

Wir finden die intracellulären Räume erweitert, die Stacheln ver-

längert, die Zellen groſs. Oft sind auch die Kerne etwas geschrumpft, es ist zur Bildung von perinukleären Höhlen gekommen. (Artefakt?)

Dieses Ödem macht sich auch in den oberen Partien der Follikel bemerkbar; die Tingibilität der Zellen ist im allgemeinen im Bereich des Ödems vermindert.

Wie schon im Anfangsstadium, so greift auch hier, nur in noch viel höherem Grade, die Infiltration der Cutis in die Stachelschicht über, bald nur an einzelnen Stellen, am behaarten Kopf, z. B. in der Nähe der Follikelmündungen, bald mehr allgemein. In den Intercellularräumen stoſsen wir auf dieselben Zellen, die wir in der Cutis finden: Leukocyten und mobilisierte Bindegewebszellen. Es ist klar, daſs durch diese Eindringlinge im Verein mit dem Ödem der Zusammenhalt der basalen Stachel-Zellen gelockert werden muſs und die Grenze zwischen Cutis und Epidermis verwischt wird. So kann ein Teil der St.-Sch. zu Grunde gehen, und wir finden dann die letztere statt normal oder gar verdickt verdünnt, nur noch aus 3—4 Reihen bestehend, statt aus deren 6—10.

Kommen Degenerationsvorgänge in der St.-Sch. vor? Die früheren Autoren behaupten es alle, so besonders Miethke, Geber, Kaposi, Leloir, Schütz.

Leloir giebt an, mit Pikrokarmin regelmäſsig fettige und hyaline Degeneration gefunden zu haben. Mir ist dasselbe mit Pikrocochenille nie geglückt; Präparate, die in Flemmingscher Lösung fixiert worden sind, lassen auch im Höhestadium nirgends Anzeichen von Fettdegeneration der Stachelzellen erkennen. Dagegen lassen die bis in die St.-Sch. hineinragenden Lymphseen und erweiterten Lymphräume der Cutis die Möglichkeit zu, daſs die fehlenden Stachelzellen degeneriert oder undegeneriert durch die Lymphbahnen abgeführt worden sind.

Kolloide Degeneration wird sonst so oft bei krankhaften Prozessen der Epidermis vorgefunden, daſs wir sie auch hier erwarten dürfen; nachweisen konnte ich aber keine.

Cutis.

Hatten wir schon in den allerersten Anfangsstadien eine zellige Infiltration der Cutis gefunden, so hat dieselbe nun ihren Höhepunkt erreicht. Sie ist oft so hochgradig, daſs sie alles übrige verdeckt und der ursprüngliche herdförmige Charakter nur noch an der Peripherie erkennbar ist. Es giebt keinen Teil der Cutis, der nicht unter Umständen von der Zellinfiltration befallen werden kann, die Muskulatur vielleicht ausgenommen. Immerhin läſst sich die Abhängigkeit von den Blutgefäſsen selten ganz verkennen. Betonen möchte ich auch hier wieder, daſs selbst in der Akme die Talgdrüsen und ihre Umgebung keineswegs von der Infiltration bevorzugt werden, wie dies Miethke, Kaposi, Schütz, Leloir u. a. behaupten.

Allerdings kann man oft die Follikel und Talgdrüsen von Zellhaufen umgeben sehen, aber eben so oft fand ich die Umgebung der Talgdrüsen ganz frei von Rundzellen, während doch sonst die Cutis stark infiltriert war. Niemals habe ich, wie dies andere konnten, das Eindringen von Rundzellen und Leukocyten in die Talgdrüsen selbst oder auch nur in die bindegewebigen Septa und Hüllen beobachtet. Ebensowenig sah ich jemals die Musculi arrectores befallen.

Über den Charakter der Infiltrationszellen und über die sekundären Vorgänge in den Herden der Kanalisation habe ich schon eingehend genug gesprochen, ich verweise auf das Oben bemerkte.

In einem der Präparate aus dem Höhestadium habe ich eine Art des Unterganges von Cutisgeweben beobachtet, die sich von der bis jetzt geschilderten unterscheidet.

Dicht unter der Epidermis finden sich nämlich mehrere grofse Lücken in der Cutis, die bis tief in dieselbe hinabreichen, sogar tiefer als einzelne der Haarbälge. Diese Lücken sind teilweise leer, teilweise angefüllt mit feinfaserigem Gerüst von netzartigen Massen, mit Fibrin. An ihren unregelmäfsig zerfetzten Rändern finden sich schwach gefärbte Kerne, Zelltrümmer, Elastinknollen; die zunächstliegenden Partien des kollagenen Gewebes sind durchaus formlos, erst allmählich kommen peripher kollagene Bündel zum Vorschein. An dieser Stelle ist auch die Grenze gegen die Epidermis stark verwischt. In anderen Partien der Cutis finden sich hier neben den bereits erwähnten Elastinknollen wieder jene eigentümlichen homogenen, zum Teil scheibenförmigen und glänzenden Massen. Dafs es keine Elastingebilde sind, sehen wir deutlich an den daneben liegenden, durch Orcein stark rot gefärbten wirklichen Elastinmassen. Die fraglichen Gebilde nehmen trotz sonst gelungener Orceinfärbung diese für elastische Fasern charakteristische Färbung nicht an. Sie treten übrigens auch bei Pikrocochenillefärbung in derselben Weise hervor, während die Elastinknollen dann nicht sichtbar sind. Durch alkalisches Methylenblau nehmen sie eine eigentümlich blaugrüne Färbung an.

Follikel.

Aus dem bereits Mitgeteilten geht hervor, dafs entgegen der Ansicht, die früher allgemein geltend war, die Follikel sich recht wenig am Prozefs beteiligen, besonders ihre tieferen Abschnitte werden fast immer normal gefunden. Dem entspricht auch, dafs wir meistens in den Follikeln noch Haare, wenn auch pigmentarme nachweisen können. Dagegen beteiligt sich das Epithel der Mündungen am Verhornungsprozesse der gesamten Epidermis und ebenso an der Hypertrophie der Stachelschicht, wo eine solche stattfindet; ferner greifen Infiltration und Ödem zuweilen in die obersten Stachelschichtreihen der Follikel über und lockern den Zusammen-

hang der Zellen. In den tieferen Schichten findet auch eine sehr lebhafte Proliferation der Follikelzellen statt; wir finden wenigstens massenhaft Mitosen daselbst. Aber es führt diese Proliferation doch zu keiner Hypertrophie der Follikel, wahrscheinlich, weil die neugebildeten Zellmassen sehr rasch der Verhornung anheimfallen. So entstehen die mächtigen Hornzapfen. Durch die rasche Verhornung (GEBER meint auch durch Verfettung der neugebildeten Follikelzellen) wird das Lumen der Follikel mit Horn- und Fettmassen erfüllt und werden oft infolge der daraus entstehenden Verhornung die Lumina cystenartig erweitert.

Von Epithelsprossen der Follikel, wie sie GEBER beobachtet hat, habe ich nie etwas gesehen. Durch die enorme Erweiterung der Follikelmündungen scheinen sich die einzelnen derselben näher zu rücken, so dafs Follikelmündung an Follikelmündung gereiht ist, ja zuweilen konfluieren mehrere Follikelmündungen zu einer kraterförmigen, mit Hornmassen erfüllten Höhle, wie das SCHÜTZ auch beschrieben hat.

Mit der Verschonung der tieferen Teile hängt auch zusammen, dafs oft selbst nach der Ausheilung des Prozesses aus der blassen deprimierten Haut heraus wieder neue Haare zum Vorschein kommen.

Talgdrüsen.

Die meisten früheren Beobachter haben eine Vergröfserung der Talgdrüsen nachweisen können, so besonders NEUMANN, KAPOSI, GEBER, MIETHKE, LELOIR, SCHÜTZ. Ja nach NEUMANN und KAPOSI bildete die infolge der Hypertrophie auftretende Seborrhoe geradezu den Reiz für die Entstehung der Zellinfiltration und der übrigen krankhaften Veränderungen. Dem ist zu entgegnen: Einmal ist noch lange nicht bewiesen, dafs die Seborrhoe einer krankhaften Thätigkeit der Talgdrüsen zuzuschreiben, dafs sie überhaupt von den Talgdrüsen abhängt.

Sodann giebt es Fälle genug von U. c., die nichts weniger als ein seborrhoisches Aussehen darbieten, die im Gegenteil eine trockene, spröde, fettarme Haut zeigen (Fall KAPOSI).

Schliefslich habe ich für gewöhnlich so wenig wie UNNA hypertrophische Talgdrüsen gefunden. Wir stofsen allerdings bei Präparaten, z. B. aus der Gesichtshaut, auf sehr grofse Talgdrüsen, aber das sind sie eben schon normalerweise.

Nur in einem Falle, bei einem Präparat, das vom behaarten Kopf stammte, habe ich entschieden hypertrophische, mächtige Talgdrüsen getroffen. Das betraf allerdings einen schon weit vorgeschrittenen Fall bei einem Seborrhoiker. Umbildung von Talgdrüsenläppchen, Sprossenbildung etc. habe ich nie gesehen, ebensowenig jene Veränderung der Talgdrüsenzellen, jene Schwellung, Körnung, Trübung, wie sie NEUMANN, KAPOSI geschildert haben. Dagegen sah ich bei UNNA einen interessanten Fall,

wo ein hochgradiges Ödem fast zur Auflösung der Talgdrüsen geführt hatte.

Das Einzige, was man sonst etwa noch beobachten kann, das ist die vollständige physiologische Verfettung aller Drüsenzellen bis auf den Fundus der Drüsen, eine Folge der Stauung durch Verschluſs des Follikels. Nirgends habe ich dagegen, wie das Geber und Miethke konnten, das Eindringen von Infiltrationszellen in die Drüsen selbst oder gar die Zerstörung der letzteren durch die Einwanderung nachweisen können.

Knäueldrüsen.

Sämtliche Beobachter sind darin einig, daſs sich die Knäueldrüsen nur wenig am Prozesse des U. c. beteiligen. Doch hat z. B. Kaposi einen Fall beschrieben, wo dieselben sehr stark ergriffen waren und wo der ganze Prozeſs sogar von ihnen ausging. Ich habe an meinen Präparaten nichts Abnormes gefunden als eine Erweiterung der Lumina, mäſsige Rundzelleninfiltration im Bindegewebe um die Drüsen und ihre Gänge, die Pori oft stark erweitert wie die Follikel und mit Hornschuppen erfüllt. Die Zellen der Knäueldrüsen und Gänge unverändert.

Abheilung.

Aus dem Stadium der Abheilung besitze ich nur ein Präparat, das mir aus der Unnaschen Sammlung als aus diesem Stadium stammend übermittelt wurde und das aus der Haut der Ohrmuschel herrührt.

Die Epidermis ist hier entschieden atrophisch, besteht höchstens aus 2 bis 3 Reihen von Stachelzellen. Die Hornschicht ist kaum angedeutet. Von Papillen ist keine Spur zu sehen, dieselben sind völlig verstrichen. In der Cutis finden wir nur noch spärliche Reste von Infiltrationszellen, ein Zeichen, daſs der Prozeſs noch nicht ganz zum Abschluſs gekommen ist. Die elastischen Fasern sind verschwunden. Die kollagenen Bündel oben horizontal gelagert, sehr dicht, mit wenig Kernen dazwischen. Die Blutgefäſse erscheinen, soweit sie sichtbar sind, sehr eng, die Lymphgefäſse dagegen weit. Follikel sind keine zu sehen.

Der Befund entspricht wohl dem, was wir erwarten müssen, was auch andere gefunden haben; es ist eben das Bild der narbigen Atrophie, das aber nichts für Lupus erythematosus Spezifisches hat.

Litteratur über den Lupus erythematosus.

Hebra 1845, Seborrhoea congestiva. *Zeitschr. d. k. k. Gesellsch. d. Ärzte.* Bd. I. pag. 40.

Cazenave 1850—51, Lupus erythematosus. *Ann. des mal. de la peau et de la syph.*

Kaposi 1862, *Lehrb. d. Hautkrankh.*

Neumann 1863, Beiträge z. Kenntnis d. Lupus erythematosus. *Wien. med. Wochenschr.* 1863.

Neumann 1869, Beiträge z. Kenntnis d. Lupus erythematosus. *Wien. med. Wochenschr.* No. 48.

Kaposi (Kohn) 1872, Neue Beiträge zur Kenntnis des Lupus erythematosus. *Arch. f. Derm. u. Syph.* pag. 36.

Geber 1876, Zur Anatomie des Lupus erythematosus. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.*

Thin 1876, Über die Pathologie des Lupus erythematosus. *Medico-chir. Transact.* 1875. Ref. in *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1876. VIII.

Stroganow 1877, Zur Pathologie und Histologie des Lupus erythematosus. *Centralbl. f. med. Wissensch.* 1877.

Morrison 1886, Histologische Untersuchungen über Lupus erythematosus. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1886.

Miethke 1889, Ein Beitrag zur Histologie des Lupus erythematosus. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889.

Schütz 1890, Mitteilungen über mikroskopische Präparate von Lupus erythematosus. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890.

Leloir 1891, *Zu Besnier-Doyons Übersetzung von Kaposis Lehrbuch.*

Kaposi 1892, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.*

Erklärung der Tafeln IV und V.

Fig. 1. Lupus erythematosus. Höhestadium. Gesichtshaut. Methylenblau-Kreosol. Verdickung der Hornschicht, die mächtige Zapfen in die Follikelmündungen hineinsendet. Stachelschicht stellenweise hypertrophiert. Cutis ödematös. Herdförmige Zellinfiltration in den verschiedensten Schichten der Lederhaut. Bei *J* greift die Infiltration in die Stachelschicht über, Grenze zwischen Cutis und Stachelschicht hier verwischt. Einzelne der Herde, z. B. bei *L*, zeigen grofse unregelmäfsige Lücken.

Fig. 2. Allererstes Anfangsstadium, betrifft den von Philippson beschriebenen Fall von Lupus disseminatus: *pl.* Plasmazellen, *pr.* abgebröckelte Teile des Protoplasmas der Plasmazellen, *l.* Lymphgefäfs, *bl.* Blutgefäfse, *s.* stark erweiterte Saftspalten zwischen den Zellen der Herde. (Färbung: Methylenblau, Alkohol, Kreosol.)

Fig. 3, 4, 5. Allererstes Anfangsstadium. Dasselbe Präparat wie *Fig. 1* darstellt. — Elastisches Fasernetz, durch salzsaures Orcein gefärbt.

Fig. 3. Übersichtsbild. An der Peripherie normales elastisches Gewebe. Im Zentrum bei *J* ist das elastische Fasernetz durch die bis zur Epidermis reichende Infiltration aufgelöst. Das Detail dieser Partie wird dargestellt durch

Fig. 5. Elastisches Fasernetz, durch die Zellenfalten aufgelöst.

Fig. 3. Die Randpartie zeigt die eigentümlichen elastischen Knollen dicht unter der freien Randzone bei *Kn.*

Fig. 4. Normales elastisches Gewebe der gesunden Randzone, *Kn* des Präparates *1* und *3*. Unter der Stachelschicht freie Zone, dann folgt das Polster von elastischen Knollen und das normale elastische Fasernetz.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Die spezifische Färbung der Mastzellenkörnung.

Von

P. G. UNNA.

Es erscheint vielleicht unnötig, in unserer Serie von Artikeln über tinktorielle Technik auch der Mastzellen speziell zu gedenken. Denn trotz des erhöhten Interesses negativer Art, welches dieselben seit der bakteriologischen Ära in unserer Wissenschaft gewonnen haben, beherrscht, wenn man nach den Angaben der histotechnischen Lehrbücher geht, noch immer die ursprünglich von EHRLICH angegebene Methode ganz allein die Darstellung der Mastzellen. Die letztere scheint also auch noch heute den erhöhten Ansprüchen an tinktorielle Differenzierung zu genügen. EHRLICH färbte bekanntlich langsam in einer durch Essigsäure oder Essigsäure und Glycerin zugleich abgeschwächten Lösung des basischen Farbstoffes Dahlia. Während die Abschwächung sich auf alle sonstigen Gewebsteile, Protoplasma, Kerne, Intercellularsubstanzen erstreckt, beladen sich dabei die Mastzellenkörner intensiv mit Farbstoff, und die sie enthaltenden Zellen treten daher isoliert aus ihrer sehr schwach gefärbten Umgebung hervor.

Dabei fällt es auf, dafs die Mastzellenkörner um so mehr in einer abweichenden, und zwar röteren Nuance gefärbt sind, je mehr die übrigen Bestandteile in der Färbung zurückbleiben. Natürlich trägt dieser Umstand sehr dazu bei, die Mastzellen rasch und sicher und auch unter schwierigeren Verhältnissen zu erkennen. Es ist daher nicht zu verwundern, dafs man zu ihrer Darstellung diejenigen Farben neuerdings bevorzugt, welche zur Entstehung von Metachromasie neigen, speziell Methylenblau (rote Mastzellen) und Saffranin (orangefarbene Mastzellen).

Somit tritt allmählich neben die spezifische Auslese der Mastzellenkörnung durch einfach stärkere Tinktion die Auslese durch metachromatische Färbung, an die Stelle quantitativer treten qualitative Färbungsdifferenzen. Unser ganzes Bestreben in der Färbetechnik gipfelt aber in der Erzeugung zuverlässiger Farbmischungen, welche eine einzeitige, differentielle Färbung der Gewebe ermöglichen und die uns von der Natur gegebenen, derartigen Farbmischungen sind eben solche, welche bisher wohl als einfache Farben gelten, welche aber durch die hie und da auftretende Metachromasie einzelner Gewebselemente anzeigen, dafs sie thatsächlich Farbenmischungen sind und wertvolle, wenn auch meist übersehene Verunreinigungen enthalten. Ja, es ist mir durch eine langdauernde

Beschäftigung mit der polychromen Methylenblaulösung wahrscheinlich geworden, dafs diese letzteren Beimischnngen, welche die Metachromasie bedingen (hier Methylenrot), zugleich auch die gesättigtere Färbung derselben Elemente hervorrufen, indem sie die Anziehung des Hauptfarbstoffes (hier Methylenblau) verstärken, dafs sie, mit einem Worte, auch für die quantitative Auslese notwendig sind. Wäre nämlich die Ursache der stärkeren Färbung der Mastzellen mit basischen Anilinfarbstoffen lediglich in der Attraktion der betreffenden Körnung für basische Farben zu suchen, so müfsten dieselben auch bei der Entfärbung überfärbter Schnitte mit verschiedenen einfachen Lösungsmitteln (Alkohol, Glycerin) zu Tage treten. Aber es ist bekannt, dafs nur die Entfärbung mit Säuren die Mastzellen sicher und auf leichte Weise in überfärbten Schnitten darstellt. Ich halte es deshalb für wahrscheinlicher, dafs die Säure in den Mastzellenkörnern eine saure Farbkomponente (hier Methylenrot) fixiert, welche ihrerseits den basischen Hauptfarbstoff (hier Methylenblau) festhält und dafs dieselbe Säure die übrigen Gewebsbestandteile deshalb gröfstenteils entfärbt, weil diese nicht zugleich die (saure) Farbkomponente (hier Methylenrot) angezogen haben.[1]

Während ich dem Violett im Methylenblau als einer wertvollen Farbkomponente nachspürte, erhielt ich als Nebenprodukt in denselben Lösungen das Methylenrot, und meine polychrome Methylenblaulösung (Grübler) stellt daher neben den verschiedenen Arten des Protoplasmas auch zugleich die Mastzellenkörnung in spezifischer Färbung rot dar. Diese Nebenwirkung der polychromen Methylenblaulösung erwies sich alsbald als sehr wertvoll, da sie die Differentialdiagnose zwischen Mastzellen (rot) und Plasmazellen (blau) zu einer kinderleichten machte. Beide Zellenarten sind allerdings noch durch viele andere Kennzeichen für gewöhnlich leicht zu unterscheiden, aber es giebt vereinzelte Fälle, in denen die differentielle Diagnose sich ohne diese Farbendifferenz nicht auf den ersten Blick machen läfst.

Worin besteht denn nun der Vorzug dieser einzeitigen Differentialfärbung der Mastzellen vor den bisherigen metachromatischen Darstellungen derselben? In der Reinheit und Sättigung der Farbe, sodafs nie ein Zweifel an der Zugehörigkeit auch nur eines einzelnen Kornes zur Mastzelle aufkommen kann; nur bei dieser Färbung haben wir ein gesättigtes Rot hart neben einem gesättigten Blau. Während bei den bisherigen Darstellungen die Metachromasie sich überhaupt nur gelegentlich zeigte und dann um so weniger gut hervortrat, je stärker der Schnitt im ganzen gefärbt war, haben wir hier in jedem einzelnen Falle eine intensive, reine

[1] Dieser Anschauung widerspricht durchaus nicht die Thatsache, dafs die Mastzellenkörner sich nicht mit einfachen sauren Farbestoffen färben; denn mit dem isolierten (sauren) Methylenrot färben sie sich auch nicht.

Färbung der Mastzellenkörnung (rot) neben einer ebenso tiefen Tinktion aller übrigen Gewebsbestandteile (teils blau, teils violett). Speziell existiert hier kein Übergang vom Rot zum Violett, sondern beide Farben bilden einen erheblichen Kontrast; nie wird man eine stark überfärbte, violette Bindegewebszelle mit einer rotkernigen Mastzelle verwechseln können. Allerdings gehören zur Herstellung dieser geradezu idealen Mastzellenfärbung gewisse Arten der Entfärbung, auf die ich hier nur hinzudeuten nötig habe, da ich sie in dem Artikel über Protoplasmafärbung der Bindegewebezellen bereits ausführlich besprochen habe, nämlich die Entfärbungen mittelst 1) Glycerinäthermischung oder 2) neutraler spirituöser Orceinlösung. Diese haben vor den bisher gebräuchlichen Darstellungen natürlich den prinzipiellen Vorzug, daſs sie mit den Darstellungen des Protaplasmas (1 u. 2) und Kollagens (2) im Gewebe zusammenfallen. Es bedarf mithin keiner besonderen Farblösungen und Färbungsarten, sondern man erhält die Mastzellen auf das schönste und präziseste und dazu in spezifischer Weise jedesmal mitgefärbt, wenn man die stets notwendigen Färbungen auf Protaplasma und Kollagen ausführt.

Natürlich sind diese Entfärbungsmethoden nicht die einzigen, welche auf solche Schnitte anwendbar sind, die mittelst polychromer Methylenblaulösung überfärbt sind. Alle Säuren und die meisten Salze lassen bei nachheriger Alkoholbehandlung die Mastzellen mehr oder minder rein rot hervortreten, die Zahl solcher Methoden ist Legion. Aber wer Zeit, Mühe und Material zu sparen genötigt ist, wird sich mit obigen Methoden begnügen, welche so viele andere wertvolle Details zugleich zeigen und so wenig Zeit in Anspruch nehmen.

Immerhin giebt es einige Fälle, in denen eine spezifische Färbung nach Art der ursprünglichen Ehrlichschen Methode den Vorzug verdient. Es sind dieses jene Fälle, in denen es weniger auf die Untersuchung der einzelnen Mastzellen als auf die Konstatierung aller vereinzelten Mastzellenkörner ankommt, sei es, daſs diese, wie bei verschiedenen Dermatosen (Carcinom, Urticaria pigmentosa), in das Deckepithel hineingeraten sind oder die Bindegewebszellen verlassen haben und das kollagene Gewebe, die Muskeln der Haut etc. überschwemmen. In solchen Fällen tritt die topographische Verteilung der Körner natürlich viel prägnanter hervor, wenn das übrige Gewebe möglichst entfärbt ist.

Eine solche Darstellung der Mastzellenkörnung läſst sich ebenfalls leicht mit der Methylenblaufärbung kombinieren. Entweder färbt man langsam in abgeschwächten Lösungen oder entfärbt die überfärbten Schnitte in Glycerinäthermischung oder Mineralsäuren. Als abschwächender Zusatz zur polychromen Methylenblaulösung hat sich Alaun bewährt. Man verteilt eine Messerspitze Alaun in einem Schälchen der Farblösung und läſst die Schnitte einige Stunden oder über Nacht in der letzteren.

Dieselben kommen alsdann direkt nach vorheriger Abspülung in Wasser in absoluten Alkohol, Öl und Balsam. Die Mastzellenkörnung ist dunkel kirschrot das übrige Gewebe ist blafsblau gefärbt, eine Kernfärbung selbst ist kaum angedeutet. Zur Aufsuchung einzelner Mastzellen oder Mastzellenkörner im Gewebe ist eine sicherere Methode kaum denkbar. Zur isolierten Darstellung der Mastzellenkörnung mittelst Entfärbung empfiehlt sich vor allem die von mir angegebene Glycerinäthermischung. Man läfst die Schnitte in der unverdünnten Mischung solange sie noch reichlich Blau abgeben, wäscht sie dann lange in Wasser aus und bringt sie in Alkohol, Öl und Balsam. Man ist bei dieser Entfärbung stets sicher, alles Blau aus den Körnern herauszuziehen, ohne der roten Färbung zu schaden. In zweiter Linie kommen Mineralsäuren in Betracht, und zwar hat sich am besten bewährt eine kombinierte Entfärbung in Salpetersäure und Salzsäure. Die Schnitte kommen erst 20—30 Sekunden in eine 5%ige Salpetersäurelösung und dann 10—20 Sekunden in ein Schälchen Wasser, welches mit einigen Tropfen salzsauren Alkohols angesäuert ist, sodann in absoluten Alkohol u. s. f. Einfache Säureentfärbungen lassen gewöhnlich noch einen Blaustich in den Körnern zurück.

Auch bei diesen Isolierungen der Mastzellenkörnung durch nachträgliche Entfärbung ist alles kollagene Gewebe und Protoplasma nahezu entfärbt, nur die Kerne halten etwas mehr Blau zurück als bei der Alaunmethode. Immerhin treten aber die roten Körner stark genug hervor, dafs einem schon bei schwacher Vergröfserung keins entgehen kann.

Im folgenden stelle ich die in meinem Laboratorium gebräuchlichen, auf der Färbung mit polychromem Methylenblau beruhenden Mastzellenfärbungen noch einmal kurz zusammen:

I.

Metachromatische Färbung der Mastzellen neben Plasmazellen und Protoplasma überhaupt.

a) 1. Färbung in polychromer Methylenblaulösung (GRÜBLER) 1/4 Stunde bis eine Nacht.
2. Entfärbung in einer Mischung von einigen Tropfen Glycerinäthermischung mit einem Schälchen Wasser.
3. Gründliches Abspülen in Wasser.
4. Alcohol absolutus, Bergamottöl, Balsam.

b) 1. Färbung in polychromer Methylenblaulösung 5—15 Minuten.
2. Abspülung in Wasser.
3. Entfärbung und Entwässerung in 1/4 %iger spirituöser, neutraler Lösung von Orcein (GRÜBLER) ca. 1/4 Stunde.
4. Alcohol absolutus, Öl, Balsam.

II.

Isolierte metachromatische Färbung der Mastzellen in sehr schwach gefärbtem Gewebe.

a) 1. Färbung in polychromer Methylenblaulösung mit Zusatz von einer Messerspitze Alaun auf ein Schälchen Farblösung drei Stunden bis eine Nacht.
2. Abspülen in Wasser.
3. Alcohol absolutus, Öl, Balsam.

b) 1. Färbung in polychromer Methylenblaulösung 1/4 Stunde.
2. Abspülen in Wasser.
3. Entfärben in Glycerinäthermischung 5—10 Minuten.
4. Langes Abspülen in Wasser.
5. Alcohol absolutus, Öl, Balsam.

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Leukoplakie.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Die unter dem Namen der Leukoplakie bekannte Affektion der Mund-, Zungen- und Lippenschleimhaut gehört therapeutisch mit zu den schwierigsten und undankbarsten Aufgaben der Dermatologie.

Ein radikaler Erfolg gehört zu den Seltenheiten, oft ist nur die energische Paquelinisierung von Wirkung. In den letzten drei Jahren fand ich in einer Art der Resorcinapplikation[1] ein Mittel, mit welchem ich bei zahlreichen Patienten sehr gute Resultate erzielte.

Vorausschicken muſs ich, daſs bei allen mit dem Resorcin auf diese Weise behandelten Fällen vorhandene oder überstandene Lues mit Sicherheit nachzuweisen war, und daſs antiluetische Hg- oder Jodkuren die Leukoplakie negativ beeinfluſsten.

a) Leukoplakia lingualis et buccalis.

Bezüglich der Applikationsmethode standen anfangs bedeutende Schwierigkeiten im Wege. Während die landläufigen Mittel, wie Argentum nitricum, Sublimat, Chromsäure, Trichloressigsäure etc. einen in das kollagene Gewebe der Schleimhaut reichenden Brandschorf und damit

[1] Konzentrierter Resorcinspiritus ist von Unna und mir schon früher in extenso gegen Leukoplakie in Gebrauch gezogen.

einen direkten, lange bestehenden Kontakt des Medikamentes mit der Mucosa erzeugen, kommt diese Fähigkeit dem in Spiritus gelösten Resorcin selbst in konzentrierter Form nicht zu, indem dasselbe nur die oberen Epithellagen verschorft. Ich nahm deshalb zur steifen Resorcinpaste meine Zuflucht, welche aufser dieser Verschorfung eine Eintrocknung und damit eine tiefer reichende Wirkung dieses Ätzmittels hervorbringt. Diese gröfsere Tiefenwirkuug derselben auf die leukoplakischen Plaques wurde durch extrem gesteigerten Zusatz von Kieselgur und Minimalzusatz von Fett bewirkt. Ich benutzte ausschliefslich:

℞ *Terrae siliceae*	1,5
Resorcini	3,0
Adipis	0.5

Mf. pasta.

Mittelst feiner Wattebäuschchen, welche lose um ein zugespitztes Streichhölzchen gewickelt sind, trägt man diese Paste mehrmals täglich, besonders nach den Mahlzeiten, dann aber auch nachts vor dem Schlafengehen auf. Schon nach 8—14 Tagen tritt eine Schrumpfung der opalinen Auflagerungen ein, die Schleimhaut selbst wird dünn und erhält ein rosiges Ansehen. In diesem Zustande aber ist die Schleimhaut noch sehr empfindlich, weshalb das Rauchen, der Genufs gewürzreicher Speisen zu untersagen, das fleifsige Ausspülen des Mundes mit Boraxpfeffermünzwasser hingegen dringend anzuraten ist. Die Hyperämie der resorcinierten Plaques wird schnell am besten durch Einreibung mittelst Balsamum peruvianum beseitigt. Nach 3—4 tägiger Anwendung des letzteren erfolgt Restitutio ad integrum.

In zwei Fällen von kolossaler durch Leukoplakie bedingter elephantiastischer Hyperplasie der Zunge leistete mir das Resorcin im Anschlusse an vorhergehende Paquelinisierung der Zunge in Narkose vorzügliche Dienste.

b) Leukoplakia labialis.

Merkwürdigerweise handelte es sich bei allen Fällen um Erkrankung der Unterlippe, während die Oberlippe verschont war, doch war die Hyperplasie und Ektropionierung der Lippe stets hochgradig entwickelt. Auch hier erwies sich die Resorcinpaste vorzüglich wirksam. Stellte sich bisweilen schmerzhafte Rhagadenbildung ein, so cocainisierte ich die Unterlippe. Nach 5—8tägiger Anwendung applicierte ich einfach zur Abstofsung der Resorcinschwarte ein Stück Zink- oder Zinkichthyolsalbenmull, welches dachförmig auch die innere Seite der Lippe bedecken mufs. Schon nach drei Tagen ist die Abstofsung erfolgt und die Lippe um ein bedeutendes geschrumpft. Zwei- bis dreimalige Wiederholung der Schälung bewirkt in allen Fällen völlige Heilung.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 10. Juli 1894.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

I. Herr Meissner legt ein **Präparat** des in der letzten Sitzung vom Herrn Prof. Lassar vorgestellten Falles von **Melanosarkom** vor. Das mikroskopische Bild ergiebt ein Spindelzellensarkom ohne eine Spur von Pigmentablagerungen. — Ferner stellt M. eine Patientin vor, bei der sich angeblich vor 30 Jahren ein handtellergrofser Pigmentfleck entwickelt hat. Im Laufe des letzten Jahres hat sich an der betreffenden Stelle ein nässender Tumor mit erhabenen Rändern gebildet, der sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein **Carcinom** von ausgeprägter Alveolarstruktur ohne Pigmentbildung erweist. Die Bildung von Carcinomen auf der Basis pigmentierter Naevi gehört zu den Seltenheiten. Da solche Tumoren nicht häufig zu Metastasierungen neigen, bietet eine Operation derselben günstige Aussichten.

Herr Lewin fragt, ob auch in diesem Falle Arsen verabfolgt ist.

Herr Lassar erwidert, dafs Arsen gegeben und eine erhebliche Besserung erzielt ist. Die Patientin blieb dann fort und kam erst jetzt nach drei Monaten wieder.

II. Herr Lassar: **Zur Diagnose des Lichen** mit Krankenvorstellung.

Herr Lassar demonstriert:

1. einen Patienten mit einer Affektion, die sowohl Merkmale des Lichen planus, als auch des Lichen acuminatus und der Pityriasis pilaris darbietet;

2. einen Patienten, der anscheinend einen typischen Lichen ruber aufweist, jedoch ohne Jucken. Die Anamnese ergab, dafs spezifische Infektion vorangegangen war; das späte klein-papulöse Syphilid täuschte einen Lichen ruber vor, der freilich jetzt unter der Einwirkung von Sublimatinjektionen schon etwas zurückgebildet ist;

3. eine Patientin mit einem ganz einfachen Lichen ruber, der nur zum Vergleich mit den anderen Fällen dienen soll;

4. eine Patientin mit einem Lichen ruber, der sich auf einer varikösen Extremität entwickelt hat. Auch diese Patientin hat früher Lues acquiriert, doch scheint es sich hier nicht, wie bei dem zweiten Falle, um ein klein-papulöses Syphilid, sondern wirklich um einen Lichen zu handeln, zumal da die Frau über starkes Jucken klagt.

Herr Lewin hebt die Merkmale des Lichen ruber hervor. Dazu gehört ein typischer Verlauf; ein vulgärer Lichen braucht durchaus nicht immer zu jucken, während ein spezifischer keinen Juckreiz verursacht; es kann sehr wohl umgekehrt sein. Der von Herrn Lassar zuerst vorgestellte Fall beweist, dafs Lichen acuminatus nicht allein vorkommt, sondern nur in Verbindung mit gemischten Formen. Im Gegensatz zu Hebra, der 14 letal verlaufende Fälle von Lichen ruber veröffentlicht hat, ist Lewin der Ansicht, dafs diese Affektion nicht so bösartig verläuft. Er kennt Fälle, die eine lange Reihe von Jahren unter Arsenbehandlung bestanden haben.

Herr Rosenthal ist der Meinung, dafs bisweilen die Differentialdiagnose zwischen Lichen planus und Syphilis sehr schwer ist. Man sieht bei den spezifischen Fällen Efflorescensen, die sowohl denen des Lichen planus, als auch denen des Lichen acuminatus ähnlich sind. Leichter ist die Diagnose, wenn, wie dies in dem vorgestellten Falle am Unterschenkel zutrifft, serpiginöse Formen sichtbar sind. Der vierte Fall des Herrn Lassar erinnert an den von Neisser in Breslau vorgestellten,

den ROSENTHAL seiner Zeit für einen Lichen planus corneus angesprochen hat. In solchen Fällen sind Primäreffloreszenzen oft nicht sichtbar. Bezüglich des Falles von Mischinfektion bestreitet R. die Ähnlichkeit mit einer Pityriasis pilaris, da doch dann das Gesicht, der behaarte Kopf und die Hände ergriffen sein müfsten.

Herr LASSAR erwidert, dafs er nur einen Fall demonstrieren wollte, in dem Effloreszenzen vorhanden sind, die denen der Pityriasis pilaris gleichen; er habe den Fall aber nicht als Pityriasis pilaris vorstellen wollen. Der Ansicht des Herrn LEWIN, dafs ein Lichen planus nicht immer jucken mufs, aber ein spezifischer sehr wohl jucken kann, schliefst sich auch LASSAR an.

III. Herr LEWIN: Krankenvorstellung. Herr LEWIN stellt vor:

1. eine Patientin, die trotz intravenöser Behandlung ein Fortschreiten ihrer **Syphilis** zeigt. Dieselbe wurde aufgenommen mit einem Exanthema papulosum, Impetigo capitis, Defluvium, Halsaffektionen und einer Adenitis universalis. Es wurden intravenöse Injektionen von 3—6 mg ausgeführt, die jedoch ausgesetzt werden mufsten, da keine intakten Venen mehr vorhanden waren. Darauf zeigte sich am rechten Beine eine Geschwulst, die unzweifelhaft als Gummiknoten angesprochen werden mufs, ein Beweis, dafs die intravenösen Injektionen doch nicht so stark wirken, wie man erwarten sollte;

2. eine noch nicht 16jährige Patientin, die als Kind bösartige Geschwüre am Halse gehabt hat, deren Narben noch sichtbar sind. Sechs Wochen vor ihrer Aufnahme in die Charité machte sie eine Schmierkur durch; sie soll damals schon an den Augen gelitten haben. Im Mai kam sie mit einer **Iritis gummosa** zur Aufnahme, die ganz typisch war, so dafs an Syphilis nicht gezweifelt werden konnte. Etwas später bildete sich eine Iritis serosa aus, die mehr bei Skrophulösen vorkommt. Gleichzeitig entstand am Unterschenkel eine **Acne necrotica**, die bei Syphilitischen ungewöhnlich ist. Man hat hier also an eine Mischinfektion von Lues und Skrophulose zu denken;

3. einen Patienten, der vor sechs Jahren eine Blennorrhoe, vor vier Jahren ein Ulcus gehabt hat und eine Schmierkur gebrauchte. Bald darauf stellte sich ein Recidiv ein, der Patient machte eine Sarsaparilla-Schwitzkur und eine Schmierkur durch. In diesem Jahre zeigte sich von neuem ein Recidiv; es bestand **Rupia**, und zwar in der nicht häufigen **Kokardenform**. Nach Gebrauch von Jodkalium schwanden die Erscheinungen; plötzlich entwickelte sich ein Gummiknoten auf der Uvula, der zu einem vollkommenen Defekt der Uvula und eines Teiles des weichen Gaumens führte. Da der Patient schon viel Quecksilber erhalten hatte, verwendete LEWIN Syrupus ferri jodati, und der sehr heruntergekommene Kranke erholte sich zusehends. Da sich nunmehr wieder am Hinterkopfe ein rupiaähnliches Geschwür zeigt, sollen intravenöse Injektionen versucht werden;

4. eine Patientin mit einem **Ödem der grofsen Schamlippen und einem Herpes progenitalis**. Diese letzte Affektion findet sich, besonders, wenn sie bilateral ist, bei Frauen sehr selten. Die Infiltration der Schamlippen ist so gewaltig, dafs man an eine syphilitische Sklerose oder an ein Oedema scleroticum denken könnte.

IV. Herr ROSENTHAL: Krankenvorstellung. R. stellt eine 26jährige Patientin mit ganz kleinen, kaum stecknadelkopfgrofsen Geschwülstchen der Gesichtshaut vor, die hauptsächlich zu beiden Seiten der Nase, in den Naso-Labialfalten, an beiden Augenlidern und vereinzelt an Stirn, Kinn und Nacken bis zur Spina scapulae sitzen. Diese sehr seltene Affektion ist zuerst im Jahre 1890 von PRINGLE im *Brit. Journ. of derm.* unter dem Namen **Adenoma sebaceum** beschrieben. Weitere Fälle erwähnen dann BALZER, GRANDHOMME, CASPARY, JAMIESON, TAYLOR und BARENGEL, sowie CROCKER. R. hat ein Stückchen Haut excidiert und zwei Präparate aufgestellt.

Man sieht eine Vermehrung des Bindegewebes und eine Zunahme sowohl der Verzweigungen, als auch der einzelnen Acini der Talgdrüsen. Ähnliche Fälle, bei denen es sich um eine Zunahme der tubulösen Drüsenelemente handelt, sind auch von Török, Brooke und Perry als Syringo-Cystadenome, Hydradenome und Adenoma sudoriparum beschrieben worden. Diese Fälle haben eine Ähnlichkeit mit den als Dysidrosis oder Dysidrosis chronica des Gesichts beschriebenen, von denen R. einen vor mehreren Jahren in der *Dtsch. med. Wochenschr.* veröffentlicht hat. In dem vorgestellten Falle entleert sich aus den Tumoren auf Druck ein Serumtröpfchen, bei der letzterwähnten Affektion jedoch kann man nur bei Öffnung der Tumoen ein Serumtröpfchen entleeren. Man kann diese Fälle klinisch wohl auseinanderhalten, doch kommen unzweifelhaft auch Mischformen vor mit einer Zunahme der tubulösen und der acinösen Drüsenelemente. Diese Affektion macht keinerlei Beschwerde und kommt daher selten zur Behandlung; es ist also wohl anzunehmen, dafs die Fälle doch nicht so selten sind, wie sie in der Litteratur beschrieben werden.

Herr Lassar fragt, ob der Name Adenoma sebaceum thatsächlich zutreffend ist, da es sich hier nicht um eine Neubildung, sondern nur um eine Retentionscyste handelt. Das Vorhandensein eines jeden einzelnen kleinen Tumors sei doch an die Präexistenz eines Ausführungsganges gebunden.

Herr Lewin ist der Ansicht, dafs man als einen Tumor alles das bezeichnen kann, was über das Niveau der Umgebung hervorragt. Der vorgestellte Fall ist sehr bedeutend und könnte leicht mit Milium verwechselt werden, doch sitze diese Affektion nur in der Nähe der Augenlider, aber nie in der Umgebung des Mundes und der Nase. Auch ist es sehr weich und durchsichtig.

Herr Rosenthal erwidert, dafs er nur den von Balzer zuerst gegebenen Namen eines Adenoma sebaceum beibehalten habe. Es handelt sich hier nicht um eine Retentionscyste, sondern, wie durch die mikroskopischen Untersuchungen von Caspary festgestellt ist, um eine gutartige Neubildung von Drüsenelementen.

V. Herr Heller: Krankenvorstellung. H. stellt einen Patienten vor, der mit einer Affektion der Nase in Behandlung kam, bei der man zwischen Lupus und Lues schwanken konnte. Der Patient selbst wufste nichts von einer spezifischen Infektion. Erst bei Untersuchung des Hodens fand sich eine starke, Testis und Epididymis einnehmende Geschwulst. Die nähere Anamnese ergab, dafs die Frau und ein Kind des Patienten an Lues behandelt waren.

Herr Heller: **Entfernung von Tättowierungen durch Elektrolyse.** Ein Schiffsingenieur hatte eine Tättowierung seiner rechten Hand vorgenommen und wünschte dieselbe fortzubringen. H. versuchte dies mittelst der Elektrolyse, da er annahm, dafs die infolge der elektrolytischen Einwirkung entstehende Entzündung das an der Oberhaut liegende Pigment fortschaffen würde. Diese Annahme erwies sich als richtig, wenn auch der Prozefs noch nicht abgelaufen ist. Ein kleines Keloid, das sich gebildet hat, hofft H. durch Massage zu entfernen. Um die Wirkung des elektrischen Stromes auf die Haut darzuthun, hat H. ein mikroskopisches Präparat aufgestellt. Der am negativen Pol sich entwickelnde Wasserstoff wirkt explodierend auf die Gewebe und ruft eine Zerreifsung der Haut hervor, so dafs dieselbe nicht mehr färbbar ist. Da das Pigment bei der Tättowierung sehr oberflächlich liegt, hofft H. mit seiner Methode gute Erfolge zu erzielen.

VI. Herr Rosenthal: **Über Oesypus.** R. teilt seine therapeutischen Erfahrungen mit dem Oesypus mit. Der Name stammt aus dem Altertum; Ihle, der aufser Taenzer und Berliner darüber geschrieben hat, hat den Namen für das rohe Wollfett beibehalten. Es ist dunkelbraun, schmierig und widerlich riechend. R. hat das Mittel am meisten in der Pastenform angewandt; ferner hat er eine Kühlsalbe verordnet

und je nach der beabsichtigten Wirkung Resorcin, Schwefel oder Theer hinzugefügt. Der Geruch verschwindet schon, wenn die Salbe eine Zeit lang der Luft ausgesetzt ist; besser ist es freilich, ein Geruchskorrigens hinzuzusetzen, und zwar Vanillin 0,1 oder Tct. benz. 1,0 auf je 50 g der Paste. So zusammengesetzt ist die Salbe haltbar, wird nicht ranzig und ist äufserst billig; ein Kilo Oesypus kostet eine Mark. Die Salbe empfiehlt sich besonders bei trockenen, schuppenden und borkigen Ekzemen, besonders beim Gesichtsekzem der Kinder, bei Gewerbeekzemen, z. B. Karbol- und Jodoformekzem der Ärzte, bei konsekutiven Ekzemen nach Scabies, bei Dysidrosis, bei Prurigo neben Teerbädern. Der Juckreiz wird gemildert, und die ekzematösen Stellen heilen ab. Bei Pruritus ani ist die 2%ige Teerpaste sehr wirksam, bei Pruritus pudendorum und den nachfolgenden Ekzemen und Intertrigo kann man die Paste ohne Verband aufschmieren, ebenso bei den borkigen Gesichtsekzemen der Kinder. Bei Acne rosacea verordnet R. mit gutem Erfolge eine Schwefel-Resorcinpaste, während Berliner eine 20%ige Resorcinpaste empfiehlt. Bei Sykosis vulgaris ist eine Schwefel-Tanninsalbe, bei Psoriasis eine Chrysarobinpaste mit oder ohne Zusatz von Acidum salicylicum sehr wirksam. R. hält das Oesypus für eine entschiedene Bereicherung unseres dermato-therapeutischen Arzneischatzes und ist der Meinung Ihles, dafs keine Fettsorte durchschnittlich besser und andauernder vertragen wird, als das rohe Wollfett.

Herr Caspar bemängelt, dafs Herr Rosenthal keine vergleichenden Beobachtungen angeführt hat. Er ist ferner der Ansicht, dafs das Oesypus nicht chemisch rein ist. Läfst man es eine Zeit lang offen stehen, so kann man darin ein Gemisch von allen möglichen Bakterien finden. Auch hat man unter Oesypus keine feststehende Substanz zu verstehen, und es liegt die Befürchtung nahe, dafs jede Wollkämmerei ein anderes Wollfett auf den Markt bringt. Eine sehr starke Reizung ist bei Anwendung des Oesypus wahrscheinlich.

Herr Rosenthal erwidert, dafs er häufig Kranke gehabt hat, die andere Salben nicht und Oesypus sehr gut und erfolgreich vertragen haben. Der Einwand, dafs Oesypus chemisch nicht rein und nicht genau definierbar sei, ist nicht stichhaltig; beim Teer und Ichthyol kennen wir auch nichts näheres und wenden es doch an. Solche theoretischen Einwände sind den glänzenden Erfolgen in der Praxis gegenüber ganz unbedeutend, da es für den Patienten doch nur darauf ankommt, dafs er geheilt wird.

VII. Herr Ledermann demonstriert **eine für den Damm bestimmte Eisblase**, die durch eine einfache Vorrichtung angeschnallt und befestigt werden kann.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 11. Juni 1894.

(*Dtsch. Med.-Ztg.* 1894. No. 35.)

Über Todesfälle nach Quecksilberbehandlung spricht G. Lewin. An der Hand von 70—80000 Fällen berichtet der Vortragende über seine Erfahrungen betreffs der Behandlungsweisen der Syphilis. Sein Vorgänger, Bärensprung, habe auf dem Standpunkte gestanden, dafs Quecksilber die Syphilis nur latent mache, die später mit um so schwereren Erscheinungen hervortrete. Im Beginne habe er mit gutem Erfolge Sarsaparill benutzt, später Quecksilber in den verschiedensten Formen angewendet, auch die unlöslichen Salze und die intravenösen Sublimatinjektionen.

In kleinen Dosen wirkt Quecksilber tonisierend auf das Herz, erhöht den Blutdruck, vermehrt die roten Blutkörperchen, steigert das Körpergewicht, wirkt aber bei längerer Anwendung kumulativ. Grofse Dosen haben den entgegengesetzten Einfluſs auf Blut und Herz, bewirken diphtheritische Neurose im Jejunum und Dickdarm; es ist eben die vis a tergo vermindert, während das Blut zwei Kapillarsysteme

zu passieren hat; aufserdem sind die Darmkontraktionen vermehrt. Die Nieren werden gereizt durch den vermehrten Kalkgehalt des Blutes, der durch Auflösen des Kalkes aus den Knochen durch Quecksilber hervorgerufen wird. Die Erscheinungen ähneln der parenchymatösen Nephritis.

Die Schmierkur wirkt wohl mehr auf dem Wege der Inhalation, da auf diesem Quecksilber leicht zur Intoxikation führt; so erkranken Schornsteinfeger nach Reinigung des Schornsteins in dem Hause eines Goldschmiedes leicht an Hydrargyrose.

Die Sublimatinjektionen ermöglichen eine genaue Dosierung; Unglücksfälle durch ungleichmäfsige Resorption, wie sie bei unlöslichen Salzen auftreten können, sind unmöglich. Das fleifsige Mundspülen ist bei Sublimatinjektionen überflüssig. Man sieht nach ihnen weder schwere Stomatitis, noch Enteritis, die sonst oft ganz plötzlich auftritt.

In den Nieren sieht man nach unlöslichen Salzen Erkrankung der gewundenen Harnkanälchen, in den Lungen und auch im Gehirn Embolien. Schwindel, Ohrensausen, Erbrechen, Ohnmachten, lähmungsartige Schwäche der Extremitäten kommen nach Injektion unlöslicher Salze vor.

Die Schmierkur schont die Verdauungsorgane, ist aber bei vorhandenen Geschwüren nicht anwendbar, bewirkt Erytheme, Ekzeme, Dermatitis, pemphigusartige Erkrankungen.

Todesfälle nach Injektion unlöslicher Salze sind bisher 13 mitgeteilt, nach der Schmierkur nur wenige. Den Vorwurf Blaschkos, dafs seit der Einführung der Injektionskur in der Charité nichts in der Behandlung der Syphilis geändert sei, weist der Vortragende als unberechtigt zurück.

A. Blaschko erkennt die Bedeutung der Sublimatinjektionen für die Behandlung der Syphilis rückhaltslos an. Er selbst beginnt mit Rücksicht auf etwaige Idiosynkrasie mit kleinen Mengen unlöslicher Salze, allmählich zu gröfseren steigend. Die Injektion von Sublimat ist eigentlich auch eine Injektion eines unlöslichen Salzes, da sofort an der Stelle Quecksilberalbuminat entsteht.

Leyden betont, dafs manche Mittel unerwünschte Nebenwirkungen haben. Diese gehen nicht immer mit der Dosis parallel. Man ist im Laufe der Zeit zu kleineren Dosen zurückgekehrt. Leyden hat nicht viele schlechte Folgen vom Quecksilber gesehen, namentlich keine intensive Nierenaffektion, dagegen öfter Albuminurie, einzelne Fälle toxischer Herzaffektionen, endlich Lähmungen, wie bei der multiplen Neuritis.

Fürbringer: Experimentelle Untersuchungen beweisen, dafs durch Quecksilberintoxikation Albuminurie als Ausdruck einer diffusen Nephritis mit kolossaler Infarcierung des Organes mit Kalk auftreten kann. Er fand unter 100 Fällen achtmal eine Albuminurie als Folge der Quecksilberanwendung, daneben hyaline Cylinder und einige Rundzellen. Die Tendenz zur Heilung ist eine sehr grofse. Wichtiger als die grofsen Dosen ist die individuelle Disposition für die Entstehung der Albuminurie. Auch Welander hält daran fest, dafs letztere durch Merkurialisation entstehen kann.

George Meyer lobt das Welandersche Verfahren bei der Anwendung des Unguentum cinereum; die Resorption ist eine viel stärkere. Bei der Sternschen Methode, alle acht Tage 10,0 Quecksilber auf einmal einzureiben, hat er Stomatitis nicht gesehen.

A. Fränkel: Die Anwendung des Kalomels als Diureticum bei bestehenden chronischen Nierenaffektionen bewirkt eine exquisite Steigerung der Nierenabsonderung, ohne direkt zu schädigen. Die Quecksilberbehandlung bei Lues ist aber eine viel intensivere, als diese Kalomelbehandlung mit Rücksicht auf die bei letzterer eintretende Diarrhoe.

Mankiewicz sah Albuminurie besonders da, wo Mifsbrauch des Chlorkaliums stattgefunden hat.

Litten: Die diuretische Wirkung des Kalomels bei Nephritiden hängt ab von der Funktionsfähigkeit derselben; bei den sekundären Formen ist sie eine sehr bedeutende.

Blaschko: Petersen-Petersburg unterscheidet bei der Syphilis die Albuminuria vera und spuria; in 10% aller Syphilisfälle besteht Albuminurie, vorübergehend sogar in 22%. Bei 634 Injektionen mit Hydrargyrum salicylicum trat nur fünfmal vorübergehende Albuminurie ein. Im allgemeinen werden, besonders bei visceraler Syphilis, zu kleine Quecksilbermengen verwendet. Fieber tritt gewöhnlich nur nach der ersten Injektion unlöslicher Salze ein und scheint oft sogar heilsam zu wirken. Nieren- und Darmerkrankungen sind Folgen einer Idiosynkrasie und fordern zu vorsichtiger Dosierung auf.

A. Baginsky sah bei kongenitaler Lues erstaunliche Wirkung von minimalen Dosen (0,5 Sublimat auf ein Bad).

Gerhardt glaubt, dafs die Resorption bei den Inunktionen hauptsächlich durch Inhalation eintritt; es ist deshalb gleichgültig, ob man aufstreichen oder einreiben läfst. Er hat in einem engen Zimmer, in dem ein Kranker mit sekundärer Lues lag, ein Tuch aufhängen lassen, das täglich mit Unguentum cinereum eingerieben wurde. Der Harn des Kranken zeigt deutliche Spuren von Quecksilber, sein Kot wurde schwärzlich.

G. Lewin hält daran fest, dafs er während der Injektionen niemals Albuminurie gesehen hat. Die Differenz der Ansichten ist durch die günstige Wirkungsweise der Injektion löslicher Salze zu erklären. Die Anhänger der Schmierkur werden alle 10—15 Jahre derselben abtrünnig, weil in dieser Zeit sich so viele Recidive angesammelt haben. Er hat aber in 30 Jahren niemals Veranlassung gehabt, von seinen Sublimatinjektionen abzugehen. Einen Todesfall hat er nicht gesehen; Stomatitis kennt er nicht; wo Schwellung des Zahnfleisches und Beschwerden beim Essen auftreten, wird die Kur einige Tage ausgesetzt und mit Höllenstein gepinselt. Dafs die Gurgelungen mit Kalium chloricum zu Nephritis führen können, glaubt er nicht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1894. Heft 5.

I. **Multiple gangränöse Herde der Haut auf hysterischer Grundlage**, von Bayet. Bei einem jungen 19jährigen Menschen entstanden nach einer oberflächlichen Verbrennung mit Schwefelsäure kleine brandige Herde am linken Vorderarm, deren jede ungefähr zwei Monate zur Heilung erforderte. Es bildete sich zuerst immer eine diffuse Röte, auf der kleine weifse, glänzende Pünktchen erschienen. Dieselben färben sich allmählich gelbbraun, werden hämorrhagisch und fliefsen zusammen. So entsteht eine brandige Kruste, die abfällt und ein oberflächliches Geschwür zurückläfst; dieses heilt entweder ohne Zwischenfall langsam aus, ebensohäufig aber entwickeln sich blutig-seröse Phlyktänen auf demselben. Die einzelnen Brandherde waren während des ganzen Verlaufes sehr schmerzhaft. Daneben bestand Hyperästhesie des linken

Arme für den konstanten und faradischen Strom; die linke Cornea war unempfindlich, ebenso der Rachen hochgradig anästhetisch.

Verfasser hält die Erkrankung ihrer Natur nach für eine hysterische und giebt eine Zusammenstellung der wenigen ähnlichen, bis jetzt bekannten Fälle.

II. **Zur Histologie der Mykosis fungoides,** von E. Leredde. Der Verfasser leitet seine kleine Arbeit mit der Behauptung ein, dafs auch in Fällen, die ohne Erythrodermie verlaufen, in der anscheinend unversehrten Haut mikroskopisch spezifische Veränderungen nachweisbar sind, und dafs die Mykosis fungoides daher mikroskopisch zu diagnosticieren sei. Er hat in einem Falle von Mykosis fungoides der gesunden Haut des rechten Vorderarmes ein Stückchen entnommen, dasselbe in Sublimat gehärtet und in Paraffin eingeschlossen, mit Hämatin und Aurantia, Thioninum carbolicum und dem Biondischen Reagens gefärbt. Seine Untersuchungen haben ihm gezeigt, dafs bei der Mykosis fungoides eine Proliferation fixer Zellen rings um die Gefäfse besteht. Es sind Mastzellen vorhanden. Rings um die Gefäfse bildet sich ein Netzwerk fester Zellen, dessen Maschen von Lymphkörperchen ausgefüllt werden. Dieses Netzwerk entsteht im subpapillaren Gewebe und breitet sich nur langsam und unbedeutend im Papillarkörper aus.

III. **Ein Fall von Xeroderma pigmentosum,** von Zeferino-Falcão-Lissabon. Verfasser selbst bezeichnet den Fall als einen typischen, der Kaposi hätte zum Vorbild dienen können. Er betraf einen kleinen Knaben von 30 Monaten. Jedoch wird der Beginn des Leidens auf den fünften Lebensmonat zurückdatiert, wo sich zuerst zarte, linienförmige Telangiektasien auf den Wangen zeigten. Mit 14 Monaten — es war im Sommer — färbte sich die Stirn plötzlich rosa und gewann das Aussehen eines Erythema solare. Seitdem hat sich die Verfärbung rasch nach abwärts bis zum Hals und den Armen ausgedehnt, es haben sich zahlreiche Leberflecke und fungöse Tumoren hinzugesellt, und die Prognose ist eine bedenkliche.

Türkheim-Hamburg.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1894. Heft 5.

Über die Syphilis acquisita der Kindheit, von Ad. Bayet. In Übereinstimmung mit Fournier hält B. die Fälle von in der Kindheit erworbener Syphilis für durchaus nicht so selten. Ihm selber sind in zehn Jahren sechs solcher Fälle zu Gesicht gekommen. Dieselben verteilen sich auf fünf Familien und betreffen Kinder von 2—11½ Jahren. Meistens werden solche Kinder von ihren syphilitischen Eltern angesteckt; in dem einen der Bayetschen Fälle teilte aber der erwachsene Bruder seiner 11½jährigen Schwester die Krankheit mit. Die erworbene Syphilis des Kindesalters verläuft im Gegensatz zur angeborenen meistens günstig.

Noch macht Verfasser darauf aufmerksam, dafs bei Kindern, die in früher Jugend syphilitisch wurden, sehr leicht die Diagnose auf Lues hereditaria tarda gestellt wird; wenn sich später tertiäre Symptome zeigen, um so mehr, wenn die Eltern zugeben, syphilitisch gewesen zu sein. *Türkheim-Hamburg.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band XII. Juni 1894.

I. **Anhaltender, vielfach von subakuter oder chronischer Entzündung der Samenbläschen abhängiger Harnröhrentripper,** von E. Fuller-New-York. Seitdem Verfasser zu der Erkenntnis gelangt ist, dafs die Hartnäckigkeit eines Ausflusses häufig auf gleichzeitig bestehende Vesiculitis seminalis zurückzuführen ist, hat er mehrere Fälle zum Abheilen gebracht, welche vorher lange Zeit allen therapeutischen Mafsnahmen Widerstand geleistet hatten. Kommt ein Patient mit einer

langjährigen Blennorrhoe zu uns, so thun wir gut, bei der Untersuchung auch auf eine Vesiculitis seminalis zu fahnden und event. dieselbe in der vom Verfasser an anderer Stelle (*Journ. of cut.* September 1893) beschriebenen Weise zu behandeln.

Die Krankengeschichten einer Reihe diesbezüglicher Fälle werden ausführlich mitgeteilt.

Auf Grund seiner Beobachtungen zieht Verfasser folgende Schlüsse (Juli-Heft):

1. Die Vesiculitis seminalis ist in einem gewissen Prozentsatz von Fällen die Ursache eines chronischen Harnröhrenausflusses.

2. In etwa ein Drittel dieser Fälle ist die Vesiculitis seminalis tuberkulösen Charakters.

3. Es ist sehr wichtig, zu unterscheiden zwischen einfach entzündlichen und tuberkulösen Fällen, weil davon die Prognose und die Behandlung abhängt.

4. In den einfach entzündlichen Fällen ist die Prognose gut, wenn die Patienten nicht in einem vorgerückten Alter stehen; die Dauer der Behandlung hängt vielfach von der Chronicität des Falles ab.

5. Die Behandlung der einfachen Fälle besteht darin, dafs durch den in das Rectum eingeführten Zeigefinger die Samenbläschen leicht massiert und ihr entzündlicher Inhalt in die Urethra ausgedrückt wird. Diese Behandlung sollte einmal in 5—7 Tagen vorgenommen werden, bis etwaige Zeichen einer durch die Manipulationen verursachten Reizung verschwunden wären.

6. Die Dauer der Behandlung beträgt in subakuten Fällen 4—6 Wochen, in sehr chronischen dagegen mehrere Monate bis zu einem Jahre.

7. Im Beginn der Behandlung sind die erkrankten Partien gewöhnlich verdickt, verhärtet, später, wenn Resorption eintritt, verschwindet der Ausfluſs, und die Samenbläschen nehmen wieder eine normale Beschaffenheit an.

8. In tuberkulösen Fällen sind die Manipulationen nur mit groſser Vorsicht vorzunehmen.

9. Viele tuberkulöse Fälle bessern sich unter einer zweckmäſsigen internen Medikation und hygienischen Maſsnahmen.

II. **Ein Fall von Xanthoma multiplex**, von E. J. Stout-Philadelphia. Die 50jährige, verheiratete Patientin hatte vor vier Jahren einen Influenzaanfall durchgemacht. Etwa einen Monat später bekam sie die Gelbsucht, die bis zum heutigen Tage angehalten hat. Vor drei Jahren inficierte sie sich syphilitisch. Die dürftig genährte, schmächtige Frau klagt viel über Kopfschmerzen, Schwächegefühl, das sich besonders am Tage in Schlafsucht äuſsert. Der Appetit ist jedoch gut, die Verdauung regelmäſsig, die Temperatur normal, der Puls 64. Sie zeigt gegenwärtig die Hautfarbe einer Mulattin. Die Conjunctiva, die Mundschleimhaut sind tief gelb gefärbt.

Die Untersuchung stellt eine Vergröſserung der Leber und der Gallenblase, sowie knotige Erhabenheiten in der Leber fest. Ascites ist nicht vorhanden. Der Urin enthält viel Gallenfarbstoffe, Eiweifs, aber keinen Zucker.

Die Xanthomata sind zum ersten Male vor einigen Monaten am inneren Winkel beider Augen, und zwar an den oberen Augenlidern, aufgetreten und bestanden aus leicht erhabenen, citronengelben, etwa erbsengroſsen Scheiben. Später zeigten sich gleiche Efflorescenzen an den Palmarflächen beider Hände, an den Fingern, am Rücken, an den Armen und wenige an den Füſsen, und zwar hier streifenförmig angeordnet (Xanthoma striatum). Die Geschwülstchen an den Extremitäten sind teils von gelber, teils von rosenroter Farbe. Abgesehen von leichtem Jucken verursachen die Xanthomata keinerlei Beschwerden.

Verfasser bespricht kurz die Litteratur und die Ätiologie der Krankheit. Die

meisten Autoren sehen die Affektion als eine Bindegewebsneubildung mit fettiger Degeneration an.

III. **Drei Fälle von Raynauds Krankheit**, von H. Morton. Im Jahre 1862 beschrieb Raynaud zum ersten Male die Krankheit unter der Bezeichnung: „Lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän der Extremitäten." Das charakteristische Zeichen ist in allen Fällen die bläuliche Farbe der Extremitäten, welche ohne deutlich erkennbare Ursache für einige Stunden in eine intensiv dunkle, nahezu schwarze Farbe übergeht um dann zur ersteren wieder zurückzukehren. Während dieser Anfälle lokaler Asphyxie hat man an vereinzelten Stellen der Arterien Kontraktionen wahrgenommen und die Ursache der Krankheit in einer Reizung des vasomotorischen Nervenzentrums gesucht. Indessen kommen für die Ätiologie noch Endarteriitis, insbesondere die syphilitische, und Arteriosklerose als Komplikation einer chronischen Nephritis in Betracht. Fälle der ersteren und zweiten Art werden in prognostischer Beziehung günstiger beurteilt werden können, als solche der dritten Klasse.

Verfasser giebt im folgenden die Krankengeschichte dreier diesen verschiedenen Klassen angehörigen Fälle der Raynaudschen Krankheit. Am günstigsten verlief der dritte auf syphilitischer Endarteriitis beruhende Fall, bei dem unter der energischen antisyphilitischen Kur alle Symptome der lokalen Asphyxie dauernd zurückgingen.

IV. **Periurethrale Phlegmone in der Nähe des Frenulums** (Parafrenitis [!?!] penis), von R. Guiteras. Man kann drei Varietäten von Parafrenitis unterscheiden:

1. Die einfache infektiöse, entweder einseitig (nur auf einer Seite) oder doppelseitig (auf beiden Seiten des Frenulums) auftretend;

2. die recidivierende, mit jedem neuen Ausbruch oder Exacerbation einer chronischen Urethritis, von neuem zum Vorschein kommende und sich genau auf derselben Stelle lokalisierende Phlegmone;

3. die rekurrierende Parafrenitis. Sie ist ein Zustand, welcher jede frische Blennorrhoe begleitet.

Diesen Varietäten entsprechende Fälle werden im folgenden ausführlich beschrieben.

Die Therapie bestand zunächst in Bedecken der entzündeten Stellen mit in Sublimatlösung (1 : 4000) getauchter Watte.

Bei eintretender Abscefsbildung wird incidiert, der Grund mit dem Höllenstein betupft, sodann ein antiseptischer Verband angelegt. Während dieser Zeit soll die Urethritis innerlich durch Lösungen oder mit Balsamicis, äufserlich mit schwach adstringierenden Einspritzungen behandelt werden.

Band XII. Juli 1894.

I. **Exfoliation der mukösen und submukösen Schicht der Blase bei Nieren- und Blasensteinen.** Die Exfoliation der Blasenschleimhaut figuriert in der Litteratur unter verschiedenen Bezeichnungen, wie „membranöse, desquamative Urethritis", „Urethritis squamosa", „croupöse Exsudation" etc. Etwa 50 Fälle sind veröffentlicht. Von diesen betrafen 45 weibliche und nur 5 männliche Personen. Bei allen 45 weiblichen Patienten war Retention des Urins durch den retrovertierten, schwangeren Uterus oder durch Druck des Kindskopfes auf die Blase in der Austreibungsperiode die Veranlassung zum Entstehen der Krankheit. Die Prognose ist in solchen Fällen relativ günstig. Von den 45 Frauen starben 9, während von den 5 männlichen Patienten 2 an der Krankheit zu Grunde gingen. Die Prognose ist also hier schlecht, weil die Schleimhautablösung in schweren, langdauernden, vielfach unheilbaren krankhaften Zuständen der Urethra und der Blase ihre Ursache haben. Die letzte Veranlassung geben auch hier Urinverhaltung und ammoniakalische Zersetzung des

Urins in Verbindung mit dem intraabdominalen Drucke. Unter den gegebenen Bedingungen kann es zu Blutextravasation in die submuköse Schicht kommen. Sind die Blutextravasate über einen gröfseren Flächenraum verbreitet, so kann die für gewöhnlich ziemlich lose an das darunterliegende Gewebe geheftete Schleimhaut zuerst erhoben und schliefslich abgelöst werden. Die abgelöste Schleimhaut fühlt sich rauh an und ist bedeckt mit einem Phosphatniederschlag (infolge der Zersetzung des Urins. Sie hat ihre Glätte verloren, da sie ihres Epithels vollständig beraubt ist.

Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall aus seiner Praxis.

II. **Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis einer epidemischen Hautkrankheit**, von Th. D. Savill-London. Der Aufsatz ist in Heft 6 dieser Zeitschrift deutsch erschienen. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg 1892—1893, Herausgegeben von P. G. Unna. Berlin, 1894. August Hirschwald. Das vorliegende Heft enthält die Separatabdrucke der in der *Berl. klin. Wochenschr.* 1892 und 1893 erschienenen Arbeiten aus dem Unnaschen Laboratorium und legt Zeugnis ab für den grofsen Fleifs, mit dem in demselben gearbeitet wird. Ein grofser Teil der lehrreichen Arbeiten ist bereits früher in diesen Blättern referiert. Hier erübrigen nur noch zwei, deren Inhalt ich kurz wiedergeben will.

1. **Ein Fall von Erythrodermia exfoliativa (Besnier-Doyon)**, von L. Philippson:

Bei einem 56jährigen Herrn stellte sich vor 1½ Jahren Verdickung und Abblätterung an der Haut der Fingerspitzen, später auch an anderen Stellen der Finger und Hohlhand ein; die Bewegungsfähigkeit der Hände wurde durch Rhagaden sehr behindert. Sodann gesellte sich eine rote, schuppende, juckende Stelle am linken Vorderarme hinzu, welche sich in wenigen Monaten auf den ganzen Arm verbreitete. Der gleiche Zustand in etwas leichterer Form entwickelte sich am rechten Arme, später in der linken Kniekehle und dann auch am Rumpfe. Bei der Aufnahme in die Klinik findet man folgenden Status: Hand und Arm geschwollen, gerötet, wärmer als normal; Verdickung der Hornschicht in der Palmarfläche der Hand mit Rhagadenbildung; festes Ödem an den Streckseiten; hier und da rote Flecke. Die Rötung, besonders an der Beugeseite, auf die Streckseite übergehend, diffus, von helleren Inseln unterbrochen, wegdrückbar, einer gelben Färbung Platz machend. Oberhautfelderung, besonders an der Beugeseite, stärker ausgeprägt. Die Hornschicht schilfert in kleinen glänzenden Schüppchen. Stecknadelkopfgrofse, lebhaft rote Flecken am Rande der Röte zeigen den Beginn des Prozesses an. Am Rumpfe gröfsere, symmetrische, gerötete, nicht verdickte, aber rauhere Hautstellen; daneben zerstreute einzelne Flecke. Starkes Jucken; Gefühl von Spannung in der Haut der Arme, Unbeweglichkeit der Hände; Anhidrosis an den oberen Extremitäten. Durch Bleikarbolsalbenmull und 5%iges Chrysarobinsalbenmull in fünf Wochen bis auf eine geringe Rötung der Arme und etwas Jucken alles beseitigt.

Die Diagnose lautete: chronisches, juckendes, abschuppendes Erythem; ein Ekzem war sicher auszuschliefsen, ebenso die echte Pityriasis rubra Hebrae, letzteres besonders wegen des günstigen Verlaufes. Nach der Brocqschen Einteilung der mit

Rötung und Schuppung einhergehenden Hautentzündungen würde der Fall als eine gutartige, subakute Pityriasis rubra anzusehen sein, nach Besnier und Doyon zu den Erythrodermiae exfoliantes gehören.

2. **Über den Einfluſs des Quecksilbers auf das papulöse Syphilid**, von Unna.

Die luetischen Affektionen der Haut ermöglichen es, den Gang der Infektion räumlich und zeitlich unter dem Mikroskop zu verfolgen und die durch therapeutische Maſsnahmen bedingten Abweichungen zu studieren. Der Verfasser unternahm es deshalb, die Frage zu beantworten: was wissen wir bisher über den Einfluſs des Quecksilbers auf die Struktur der syphilitischen Papel?

Gewöhnlich nimmt man an, daſs eine vollkommene Resorption des Syphilides stattfindet, etwa zurückbleibende „pigmentierte" Stellen sich selbst überlassen werden können. Genauere klinische Beobachtungen mit Zuhülfenahme des Glasdruckes beweisen aber, daſs das syphilitische Plasmom in verkleinertem Zustande restiert und ein recht dauerhaftes, unter Umständen jahrelang bestehendes Gewebe darstellt. Das hat Verfasser ebenso wie Neumann schon früher feststellen können. Jetzt legt er genauere histologische Untersuchungen vor, die an einem Patienten mit universellem, kleinpapulösem Syphilid angestellt wurden, indem man von Zeit zu Zeit Excisionen vornahm.

Die syphilitische Papel ist, wie der Lupus, histologisch eine Ansammlung von Plasmazellen mit mehrkernigen, aufgehellten Zellen und Riesenzellen. Die Differenzen liegen in der Architektur der Knoten: das Plasmom des Lupus liegt möglichst weit von den Blutgefäſsen entfernt, dasjenige der Syphilis baut sich in nächster Nähe der Blutgefäſse auf, es anfangs mantelförmig umkleidend. Die Plasmazellenherde sind cylinderförmig. Im Lupusgewebe geht das kollagene Gewebe zu Grunde; kommt es später sekundär zur Bindegewebswucherung, so entsteht das Lupusfibrom auf Kosten des Plasmoms; tuberkulöses Plasmom und Fibrom stehen in einem gewissen Ausschluſs- resp. Konkurrenzverhältnis. Bei der syphilitischen Papel hingegen gehen Wucherung von Plasmazellen und kollagene Neubildung Hand in Hand, sich gegenseitig durchwachsend; deshalb ist die Papel auch viel derber, als der Lupusherd. Die Lymphgefäſse sind dabei im Gegensatz zur Tuberkulose aller Wucherung bar. Ein dritter Unterschied liegt in der verschiedenen Schnelligkeit des Wachstums und der Degeneration. Bei der merkuriellen Resorption kann man drei Stadien unterscheiden: zuerst schreitet die Heilung schnell fort, nach acht Tagen folgt eine zweite, 2—4—6 Wochen dauernde Periode langsamerer Rückbildung, schlieſslich bleibt ein nur noch histologisch nachweisbarer Rest. Das Mikroskop ergiebt im ersten Stadium einen Rückgang des Zwischengewebes, der Blut- und Lymphgefäſse, des Spindelzellengewebes; der Knoten ist kleiner, aber kompakter. Es ist also nur ein Rückgang des Ernährungsapparates eingetreten; das Plasmom ist blutleerer, daher die Farbe eine gelbbräunliche, wie diejenige der tuberkulösen Zellherde. Im zweiten Stadium betreffen die Veränderungen mehr die Plasmazellen selbst; die Körnung schwindet nur an einigen Stellen, hellen Vakuolen Platz machend, die chromophile Substanz wird ausgestoſsen, wodurch die Plasmazellen seltsame, krumme, ausgenagte Gestalten gewinnen. Die abgebröckelten Massen erfüllen auch die Saftspalten. Gleichzeitig zeigen die homogen gewordenen Zellen und die Riesenzellen progressive Veränderungen, indem sie graubräunlich tingierte Körner in sich aufnehmen und netzförmig ablagern. Die Mastzellen, im Plasmom spärlich vorhanden, vermehren sich, aus gewöhnlichen Spindelzellen hervorgehend. Ein Rest des Plasmoms aber restiert, durchzogen von erweiterten Lymphspalten. Pigment findet man auch dann nicht; an dunkel pigmentierter Haut schwindet dasselbe sogar, solange Papeln bestehen. Die Papel

hinterläfst kein Pigment. Die Fleckenbildung ist bedingt durch den Rest des Plasmoms mit seinem bräunlichen Eigenton und die bläulich durchschimmernden tiefen Hautgefäfse.

Die Untersuchung lehrt die Dauerhaftigkeit und Langlebigkeit der syphilitischen Plasmazelle, deren Persistenz das Aufflackern schon schwindender, sekundärer Syphilis und die tertiären Syphilide an derselben Stelle erklärt.

Von Interesse ist die Frage, ob die immunisierende Substanz bei der Syphilis nicht von dem restierenden spezifischen Gewebe abgesondert wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Therapeutische und hygienische Resultate der Spital- und ambulanten Behandlung von Kranken mit venerischen und syphilitischen Hautaffektionen, von Dr. Azua (Madrid, 1894). Auf Grund einer langjährigen Praxis an den Madrider Hospitälern kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Die Unterbringung von mit venerischen (hierzu wird auch Scabies, Pediculosis etc. gerechnet) und syphilitischen Hautkrankheiten behafteten Individuen führt meist zu rascherer und dauerhafterer Heilung, als die Behandlung in der Poliklinik.

2. Die Verbreitung der Syphilis, der venerischen Krankheiten und der ansteckenden Hautaffektionen würde dadurch um ein wesentliches geringer.

A. verlangt demnach die Stellung einer entsprechender Anstalt mit der nötigen Anzahl Betten, unentgeltliche Verpflegung der Mittellosen, Verlegung der Poliklinikstunden in die Arbeitspausen etc., Aufstellung eines detaillierten Reglements.

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

Jahresbericht (1893) über die Staatspoliklinik für venerische Krankheiten in Pavia, von Scarenzio. Der Bericht ergiebt eine starke Zunahme der venerischen Affektionen in den letzten fünf Jahren. Während nämlich 1889 166, 1890 205, 1891 301, 1892 264 Patienten behandelt wurden, stieg ihre Zahl 1893 auf 389. Speziell auf die Syphilis angewendet, bedeutet dieser letztere Betrag eine Verdreifachung gegenüber 1889, d. h. seit Inkrafttreten des Crispischen Reglements.

Einen Hauptübelstand dieses letzteren bildet nämlich die Bestimmung, dafs den als krank befundenen Dirnen eine Behandlung zu Hause gestattet wird; nur dann werden sie einem Spitale überliefert, wenn die nötigen Garantien (bestehend in der Abgabe des Ehrenwortes!!!) einer hinreichenden Behandlung nicht geliefert werden können.

Eine weitere Gefahr liegt in der klandestinen Prostitution, die sich natürlich aller Kontrolle entzieht.

Verfasser verlangt demnach eine Abänderung des bestehenden Reglements im Sinne einer obligatorischen Einschreibung, einer periodischen Untersuchung sämtlicher Prostituierten und einer obligatorischen Überweisung der Erkrankten an die Spitäler. (*Berichte des königl. lombard. Instituts.* Bd. 27. H. 2.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Die Wertbestimmung des Wollfettes, von E. v. Cochenhausen. (*Chem. Ztg.* 1894. No. 143. *Pharm. Centralh.* 1894. No. 26.) Der Verfasser giebt die genauen

Methoden zur Untersuchung der Wollfette. Dieselben erstrecken sich auf: 1. fremde Stoffe und Wasser; 2. Bestimmung der Säurezahl; 3. Abscheidung der freien Fettsäuren; 4. Bestimmung der Säurezahl und des Molekulargewichtes der freien Fettsäuren; 5. Bestimmung der Verseifungszahl der Fettsäuren; 6. Bestimmung der flüchtigen Fettsäuren und der Menge der Gesamtfettsäuren (exkl. der flüchtigen), der bei der Verseifung frei gewordenen Alkohole und der schwer verseifbaren Stoffe; 7. Bestimmung der Säurezahl des aufgeschlossenen Wollfettes; 8. die Abscheidung der Gesamtfettsäuren; 9. Bestimmung der Säurezahl und des Molekulargewichtes der letzteren; 10. Berechnung der Analysenresultate. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der Wollfettkrieg, von Carl Arnold. (*Pharm. Ztg.* 1894. No. 34.) Verfasser verteidigt den Adeps lanae gegen Liebreich, welcher demselben einen konstanten Chlorgehalt zusprach, und behauptet, dafs, seitdem er die Kontrolle über den Adeps lanae führe, in den Fabrikationsräumen nie irgend welche chlorhaltige Materialien entdeckt zu haben. Seit langer Zeit sind wägbare Spuren von Chlor in dem Fett nicht nachweisbar gewesen. *A. Strauſs-Barmen.*

Sperminum-Pöhl in chemischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung, von Bubis. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1894. No. 11.) Im therapeutischen Teil berichtet der Verfasser auch über die Wirkung des Spermins bei Syphilis und Hautkrankheiten, soweit in der Litteratur darüber berichtet ist.

Hurebenet und Schichareff: 1. Gehirnsyphilis, Hemiplegia dextra, Sprachstörung, leichte Temperaturerhöhung, Pulsbeschleunigung. Besserung nach zwei Injektionen. 2. Gummöse Syphilis, dynamometrische nachweisbare Schwäche der rechten Hand, Pulsbeschleunigung, Herabsetzung des Blutdruckes. Besserung nach einigen Injektionen. 3. 66jährige Patientin mit Pityriasis und allgemeiner Schwäche. Besserung der letzteren durch Spermin. 4. 60jährige Patientin mit Psoriasis, Schmerzen in den Beinen und Händen, Lumbago. Letztere Symptome durch Spermin gebessert.

Weiter finden sich Fälle von Schichareff (Syphilis des Nervensystems), Injasewsky (Syphilis des Nervensystems), Prochoroff (atonische Ulcera bei einem Greise), Symons Eccles (Psoriasis), Ostroumoff (Ulcus cruris et pedis). Stets erfolgte Besserung, als Spermin angewendet wurde.

Alle diese Fälle haben wohl kaum etwas Beweisendes für die therapeutische Bedeutung des Spermins. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ersatz für die Chrysarobinsalbe, von W. Dale James - Sheffield. (*Brit. med. Journ.* 21. Oktober 1893.) Jeder Praktiker weifs, dafs bei der Anwendung von Chrysarobin die Kleidung von dem Medikament einiges aufnimmt und dann nicht wenig zum Entstehen einer Chrysarobin-Dermatitis beiträgt. Verfasser will diesen Übelstand beseitigen, indem er eine Lösung von Chrysarobin in Chloroform (1 : 7) auf ein geeignetes Gefäfs gieſst, eine gleiche Quantität von Oleum lini (7) zusetzt, mit einem Borstenpinsel das Ganze gut umrührt und auf die psoriatische Stelle aufpinselt.
C. Berliner-Aachen.

Gallabromol als sekretionsbeschränkendes Mittel bei Blennorrhoe und Ekzem, von Georg Letzel. (*Ärztl. Rundsch.* 1894. No. 13.) Gallabromol (Dibromgallussäure) hat die Formel $C_6Br_2(OH)_3COOH$ und ist von Lépine als Ersatz des Bromkaliums empfohlen worden. Es ist ein weifsgelbliches Pulver, aus feinen, krystallinischen Nadeln bestehend, bewirkt auf der Zunge einen leicht säuerlichen, zusammenziehenden Geschmack, löst sich in kaltem Wasser leichter, als in heifsem, ferner leicht in Alkohol und Äther. In Brunnenwasser entsteht durch Gallabromolzusatz nach 1—2 Minuten eine Rotfärbung, die in 5—6 Minuten ihre höchste Intensität erreicht

und durch Verbindung der kohlensauren Alkalien mit dem Brom und Freiwerden der Gallussäure entsteht. Verfasser empfiehlt, nur das Präparat von Gehe & Co. zu gebrauchen, welches mit Aqua destillata wasserhelle Lösungen bildet; es giebt auch minderwertige rotbräunlich gefärbte Präparate.

Cazeneuve und Rollet haben mit Gallabromol gute Erfolge bei Blennorrhoe erzielt. Verfasser hat es in 154 Fällen angewendet, ohne jemals Reizerscheinungen zu sehen. Sekretion und Schmerzen schwanden schnell nach 1—1½—2%igen Lösungen oder 1—2%ger Antrophoren. In die Urethra posterior wurde es in 2%-, seltener in 3—4%iger Lösung mittelst elastischen Katheters injiciert, dessen Öffnungen in der Pars membranacea und prostatica lagen. Die Injektionen wurden vom achten bis zehnten Tage ab verordnet. Bei 110 Fällen akuter Erkrankung beteiligte sich die Urethra posterior nur sechsmal; dreimal kam es zur Epididymitis, einmal zur Prostatitis. Die Sekretion schwand meist nach 7—10 Tagen; Tripperfäden waren noch länger nachzuweisen. Der anfänglich vorhandene, leichte Schmerz nach den Injektionen verlor sich später. Auf Gonokokken konnte nicht regelmäfsig untersucht werden. Bei 47 Patienten fanden sich nach 3—5wöchentlicher Gallabromolkur keine Gonokokken mehr (dreimalige Untersuchung); bei 27 Patienten mufsten später leichte Argentum nitricum-Lösungen noch benutzt werden, um die Gonokokken zum Schwinden zu bringen. Bei chronischer Blennorrhoe konnte natürlich nur die Sekretion beschränkt werden. Das abendliche Einlegen eines Gallabromol-Antrophors während der instrumentellen Behandlung ist von Nutzen. Verfasser betrachtet das Gallabromol als eine wertvolle Bereicherung des antiblennorrhoischen Arzneischatzes, das den neueren Mitteln, auch dem Ichthyol, weit überlegen ist.

Günstige Wirkung sah Verfasser von Umschlägen mit 1—2%igen Gallabromollösungen bei Eccema acutum madidans und crustosum in acht Fällen, abwechselnd mit Puder- und Pastenbehandlung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein antiseptisches Streupulver, von A. Pick. (*New York med. Journ.* 7. April 1894.) Statt Jodoform und dergleichen verwendet Pick folgendes Pulver:

℞	*Hydrarg. bichlor. corrosiv.*	0,012—0,02
	Acid. boric.	28,34
	Acid. tannic.	0,6
	Sacch. lact. q. s. ad	56,63

Das Sublimat mufs mit dem Milchzucker erst sehr gründlich verrührt werden, ehe die anderen Bestandteile hinzugesetzt werden. Allenfalls kann man das Tannin auch weglassen. *Philippi-Nieheim.*

Thyreoidbehandlung bei Hautkrankheiten. (*Brit. med. Journ.* und *Lancet* nach *Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 14.) Byrom Bramwell gab in der Jahresversammlung der Brit. Med. Associat. einen durch Photographien illustrierten Bericht über die Thyreoidtherapie bei Psoriasis. Ein 18jähriges Mädchen mit generalisierter Psoriasis, die seit neun Monaten allen Mitteln widerstand und fast nur Handflächen und Fufssohlen freiliefs, erhielt täglich ¼ rohe Schilddrüse. Nach einer Woche merkliche Besserung, nach drei Monaten Heilung; 20 Pfund Gewichtszunahme, gutes Befinden.

Eine 35jährige, psoriatische Frau bekam täglich fünf Tropfen Schilddrüsenextrakt; in drei Monaten völlige Heilung.

Talfourd Jones-Eastbourne berichtet über einen jungen Mann, dessen Psoriasis den Charakter einer exfoliativen Dermatitis angenommen hatte. Er erhielt Schilddrüsentabletten durch mehrere Wochen mit Unterbrechungen, die durch Intoxikationserscheinungen bedingt waren; dieselben bestanden in Pulsbeschleunigung, Schwäche,

Fieber. Der Patient kam ganz erheblich herunter, ohne daſs die geringste Besserung eingetreten wäre.

Leslie Philipps teilt fünf Fälle von Thyreoidbehandlung von Hautleiden mit.

1. Infiltriertes Ekzem des Gesichtes und des Handrückens seit der Kindheit bei einem 13jährigen Knaben; zwei Monate hindurch Extrakt, resp. Tabletten; kein Erfolg.

2. Akute, allgemeine Psoriasis guttata bei einem 35jährigen Patienten; Thyreoidbehandlung; anfänglich Besserung, dann erneute Ausbreitung; Heilung durch lokale Mittel.

3. Psoriasis guttata chronica bei 12jährigem Kinde; einen Monat Thyreoidextrakt; kein Erfolg.

4. Xeroderma mit trockener, silberartiger Abschuppung bei 44jährigem Patienten. Nach Thyreoidextrakt nennenswerte Besserung, die Haut noch trocken, aber schuppenfrei.

Weitere Psoriasisfälle wurden durch diese Therapie auch nicht beeinfluſst.

Campbell Black sah in zwei Fällen von Psoriasis keinen Erfolg.

John F. Gordon Dill berichtet über fünf Fälle.

Erster Fall: Ein 20jähriger Patient mit ausgebreiteter Psoriasis, nach Thyreoidbehandlung durch zwei Monate hindurch Heilung ohne Zwischenfall.

Im zweiten und dritten Fall sah er dasselbe günstige Resultat, während beim vierten Fall die Krankheit nicht dauernd günstig beeinfluſst wurde. In dem fünften Fall mit Acne rosacea wurde nur etwas Erblassen erzielt.

Phineas Abraham hat 90 Fälle von Hautleiden mit Thyreoid behandelt, darunter 86 im Spital: 65 Psoriasis, 5 Lichen planus, 7 Ekzem, 2 Urticaria chronica, 5 Lupus, 1 senile Prurigo, 1 eigentümliche papulöse Eruption, ähnlich einer Talgdrüsenschwellung. Auſserdem wurden 2 Leprafälle mit Schilddrüse behandelt, die sich darnach auffallend besser fühlten. Im übrigen sind seine Resultate nicht sehr ermutigend. Er faſst sie in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Schilddrüse, obwohl spezifisch wirksam bei Myxödem, übt auf Psoriasis und andere Hautleiden keine konstante Wirkung aus.

2. Die Resultate sind oft negativ, zuweilen tritt sogar eine Verschlimmerung ein.

3. In der Minorität der Fälle ist die Besserung eine zweifellose.

4. Die gebesserten Fälle bilden bisher die einzige, zuverlässige Indikation.

5. In einer beträchtlichen Anzahl von Fällen treten unangenehme konstitutionelle Störungen auf.

6. Weder das Alter noch das Geschlecht haben einen Einfluſs auf die Wirksamkeit des Heilmittels.

John Gordon berichtet über einen Fall von syphilitischer Psoriasis, der sich nach der Krankengeschichte als solcher von Psoriasis und Syphilis kennzeichnet. Hier hatte die Schilddrüsenbehandlung eine groſse, heilende Wirkung auf die Psoriasis, die Patientin hatte aber vorher schon viel Jod und Arsenik bekommen, so daſs es zweifelhaft ist, inwieweit die Schilddrüse an sich gewirkt hat. Vielleicht hat die vorherige Arsenikdarreichung der Thyreoidwirkung günstig die Wege geebnet; es würde sich empfehlen, den Arsenik abwechselnd mit der Schilddrüse zu geben.

Überblickt man die wiedergegebenen Publikationen, so kommt man nicht dazu, groſse Hoffnungen auf die Schilddrüsenbehandlung bei den mannigfachen Hautleiden, besonders bei der Psoriasis, zu setzen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Alumnol bei Hautkrankheiten, von W. S. Gottheil. (*New York med. Journ.* 4. Nov. 1893.) Das von Heinz und Liebrecht empfohlene Alumnol oder Aluminium-Sulphonaphtalat hat Verfasser bei einigen 60 Patienten angewandt. Das Mittel kam

teils als (12—25%iges) Pulver mit Amylum und Talcum, teils mit Kollodium in der Stärke von 4 : 45 oder 2 : 40 und ferner als Salbe mit Adeps (1%—12½%) in Anwendung. Das Material umfaſste 16 akute Ekzemfälle, 9 Fälle von chronischem und seborrhoischem Ekzem, ferner syphilitische Dermatitiden, Ulcerationen, Gummata, sowie Verbrennungen und traumatische Dermatitis; ferner Trichophytosis, Scabies, Erysipel. Im allgemeinen waren die Resultate gut, zum Teil sogar ausgezeichnet. Namentlich wurde auch Acne vulgaris und rosacea günstig beeinfluſst. Bei Blennorrhoe, Scabies und Trichophyton tonsurans war der Erfolg zweifelhaft. *Philippi-Nichein.*

Copraol — „Bramigk" — ist ein festes Pflanzenfett, gewonnen nach einem geheimen Verfahren aus Palmkernöl; es ähnelt der Kakaobutter, ist geruch- und geschmacklos, von gelblich weiſser Farbe, enthält 99,918% Fett, kann also als chemisch rein angesehen werden. Schmelzpunkt: 30,3° C. (1° niedriger als bei Kakaobutter), Erstarrungspunkt: 28° C. (bei Kakaobutter 21° C.). Der hohe Erstarrungspunkt macht das Fett besonders geeignet, das Butyrum Cacao zu ersetzen. — Copraol nimmt bis 50% Wasser durch Anschütteln leicht auf und erstarrt doch zu einer gleichförmigen Masse. Setzt man 10% Lanolin. anhydr. zu, dann kann noch mehr Wasser beigemengt werden.

Der Preis ist wesentlich geringer, als derjenige der Kakaobutter, welche das Copraol wohl verdrängen wird. (Wenn nur erst seine Reizlosigkeit nachgewiesen ist! Der Ref.) (*Zeitschr. des allg. österr. Apoth.-Vereines.* 1894. No. 17.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neues über Thioform, von L. Hoffmann. (*Berl. thierärztl. Wochenschr.* 1894. No. 14) Der Verfasser hat schon früher das Thioform als ein „Wundheilmittel von geradezu idealer Wirkung" kennen gelernt, das dazu geruchlos, desodorierend, schmerzlindernd wirkt; er zieht es dem Jodoform vor, nur als Antituberculosum ist es noch nicht erprobt. Ferner fand er Thioform äuſserlich bei gewissen Augenleiden, innerlich bei Leiden des Darmtractus als sehr wirksam.

Er ist jetzt in der Lage, seine früheren Mitteilungen zu ergänzen und zu erweitern.

Was zunächst die Löslichkeit betrifft, so ist das Thioform allerdings in Wasser, Spiritus, Äther unlöslich, wird jedoch in Alkalien teilweise gelöst, indem aus dem dreibasischen Thioform das vierbasische Wismutsalz der Dithiosalicylsäure, welches in Alkalien unlöslich ist, sich bildet und ¼ der Dithiosalicylsäure in Lösung geht.

Auffallend ist die blutstillende Wirkung des Thioforms, es bildet sich ein festes, mit Thioform gemischtes, bräunliches Coagulum. Bringt man frisch entleertes Blut in ein Glas, schüttet Thioformpulver auf die Oberfläche und rührt mit einem Stäbchen um, dann entsteht sofort ein festes Blutcoagulum, das denselben Raum einnimmt, wie das flüssige Blut. Genauere Prüfung lehrte, daſs der Vorgang zusammenhängt mit der alkalischen Beschaffenheit des Blutes und dem Verhalten des Thioforms in alkalischen Lösungen.

Nachdem Verfasser sodann über die von anderen gemachten günstigen Erfahrungen berichtet, bespricht er die Wirksamkeit des Thioforms bei Augenleiden, wobei besonders hervorgehoben werden muſs, daſs ¼—½ Minute nach tüchtigem Einpulvern von Thioform vollkommene Anästhesie von Cornea und Sclera eintritt, so daſs es das Kokain zu ersetzen vermag.

Des weiteren hebt Verfasser die Entbehrlichkeit der Drainage hervor, wenn man die Wundflächen tüchtig mit Thioform vor der Naht einreibt.

Nach alledem sind die Vorzüge des Thioforms sehr bedeutende: es ist ungiftig, geruchlos, sekretionsbeschränkend, blutstillend, beschleunigt in hervorragendem Maſse

die Übernarbung von Geschwüren (Verbrennungen!), und hat anästhesierende Eigenschaften.

(Man wird erst genau prüfen müssen, bevor man diese an Tieren gemachten Erfahrungen ohne weiteres auf den Menschen überträgt. Der Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Anwendung des Thioforms, von Joh. Jul. Schmidt. (*Therap. Monatsh.* April 1894.) Das von Speyer und Grund in Frankfurt a. M. dargestellte Thioform, ein graugelbes Pulver, das Wismutsalz einer Dithiosalicylsäure, also Wismut, Schwefel und Salicylsäure enthaltend, wird von S. als ein angenehmes, ungiftiges und billiges, zum Wundtrockenverband geeignetes Heilmittel ohne jegliche Nebenwirkung, das, abgesehen von seiner allgemeinen chirurgischen Verwendbarkeit, ganz speziell zur Vernarbung grofser Wundflächen, besonders nach Verbrennungen und Ulcerationen vorzüglich geeignet ist, sehr gelobt. Seine eigenen Beobachtungen, sowie die von ihm mitgeteilten Erfahrungen anderer Ärzte ermutigen in der That sehr zur Nachprüfung dieses neuen Jodoformersatzmittels, insbesondere bei Verbrennungen und Ulcera cruris, *A. Strauſs-Barmen.*

Akute Bleivergiftung bei Ekzem nach Behandlung mit Diachylonsalbe, von Pässler. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 5.) Ein Knabe von $1^{3}/_{4}$ Jahren, wurde wegen eines über ein Jahr bestehenden universellen Ekzems am 4. und 6. Juli 1893 an den Gliedern mit Mullstreifen verbunden, welche messerrückendick mit Hebrascher Diachylonsalbe bestrichen waren. Zunächst schien Besserung einzutreten, aber schon am 7. Juli zeigten sich Symptome von akuter hämorrhagischer Nephritis (Apathie, bedeutende Verminderung der Harnsekretion, Ödeme an den Gliedern, Eiweifs, Blut und Cylinder im Urin). Nebenbei wurde Stonmatitis beobachtet, 4 Tage später war eine Herzdilatation nachzuweisen. Der Verlauf war günstig; Ende August die Nephritis geheilt, das Herz wieder normal; das Ekzem verlor sich nur langsam. Verfasser glaubt, mit Sicherheit jede andere Ursache der Bleivergiftung aufser der Therapie mit dem Bleipräparat ausschliefsen zu dürfen, und hält es für wahrscheinlich, dafs bei besonders empfänglichen Individuen schon ganz kleine Dosen eines Bleipräparates Intoxikationen herbeiführen können. *Neuhaus-München.*

In der brabantischen medizinisch-chirurgischen Gesellschaft berichteten Dubois-Havenith, Tournay, Vandam, de Rechler, Dubaisieux über Fälle von **Karbolgangrän** an den Fingern nach Verbänden. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 21.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

In der medizinischen Gesellschaft der Stadt Basel demonstrierte Roth Präparate von **Granuloma mercuriale**, herrührend von einer 21jährigen Patientin, welche an schweren Intoxikationserscheinungen nach vier Injektionen von Oleum cinereum in die Glutealgegend gestorben war. Die Sektion ergab: Gangrän der Zungenränder und der rechten Tonsille, Otitis media gangränosa, Nephritis parenchymatosa, Sublimatenteritis und vier wurstförmige, 6—9 cm lange Granulomgeschwülste, welche haselnufsgrofse, mit molkenähnlicher Flüssigkeit gefüllte Höhlen enthielten, in denen Hg-Kügelchen nachgewiesen wurden. (*Korresp. f. schweiz. Ärzte.* 1894. No. 10.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Progressive Ernährungsstörungen.

Über multiple Lipome, von Karl Joh. Hafferkorn. (Separatabdruck?) Mit zwei Abbildungen im Text. Verfasser berichtet zunächst über vier noch nicht veröffentlichte Fälle von multiplen Lipomen. Im ersten fanden sie sich symmetrisch an

beiden Unterarmen und bewirkten neuralgische Schmerzen. Im zweiten waren der Sitz die Unterarme, am Gesäfs, am Oberschenkel, im dritten im Nacken, zu beiden Seiten der Halswirbelsäule, am Halse, auf dem Kehlkopfe, auf dem Rücken, an den Oberarmen, an den Brustdrüsen, von denen Geschwulststränge nach den Achselhöhlen gehen, am Kreuzbein; an den Oberarmen starke Venenerweiterungen. Der vierte Fall zeigte Tumoren an den Oberschenkeln, den Vorderarmen, am rechten Ohre etc., Sehnenreflexe gesteigert, Hyperästhesie der Haut. Sodann giebt der Verfasser 84 Fälle aus der Litteratur wieder.

Die multiplen Lipome sind im Gegensatze zu den isolierten sehr häufig. Der erste Fall ist 1857 von Perotta veröffentlicht. 38 mal safsen sie symmetrisch, 46 mal unsymmetrisch; häufiger sind Männer betroffen; besonders ist das bei den symmetrischen Lipomen der Fall (25 Männer, 9 Frauen). Das Alter zeigt folgende Tabelle:

1—10	Jahre	6
11—20	„	3
21—30	„	7
30—40	„	11
40—50	„	16
50—60	„	5
60—70	„	10
über 70	„	5

Der Beginn der Erkrankung ist vom ersten bis fünfzigsten Lebensjahre gleich häufig; von da an werden weniger ergriffen. Kongenital ist das Leiden 7 mal unter 47, und da häufig mit Deformitäten anderer Art kombiniert. Die Entstehung der Geschwülste ist nicht an Fettleibigkeit gebunden.

Was die Ätiologie betraf, so ist bemerkenswert, dafs einmal die Mutter fünf Monate nach der Geburt des im Alter von zwei Jahren von Lipomen befallenen Sohnes ebenfalls multiple Lipome bekam, zwei Töchter erbten es vom Vater, während die neun Söhne desselben verschont blieben. Sonst spielen die verschiedensten Momente mit.

Das Leiden auf nervöse Störungen zurückzuführen, liegt nahe; Beweise dafür sind nicht vorhanden. Dafs Verminderung der Sekretion der Hautdrüsen zu Lipombildung führt (Grosch), ist nur Hypothese.

Der Sitz ist meistens subkutan, aber auch kutan, intermuskulär, in der Sub serosa, Submucosa, episkleral an Sehnenscheiden. Auffallend häufig sind Vorderarme und Oberschenkel betroffen.

Die Zahl der Tumoren ist eine ganz unbestimmte; die Gröfse selten eine bedeutende.

Zuweilen sind die Lipome gestielt, meistens flach, aber abgekapselt; die diffusen sind oft symmetrisch angeordnet.

Das Wachstum ist im allgemeinen im mittleren Alter ein langsames; vom 40. Jahre ab schreitet es schneller vorwärts. Verkleinerung, zugleich mit Abnahme des Körpergewichtes, ist beobachtet; auch nach einem Erysipel. In einem Falle sollen Pilul. Blaud. und Enthaltsamkeit vom Alkohol zur Resorption geführt haben.

Die Tumoren sind gutartig und können nur durch den Sitz (Hals, Herz) gefährlich werden. Manchmal sind sie auf Druck schmerzhaft. Durch Druck auf Nervenäste können die entsprechenden Teile atrophisch werden. Cystenbildung und Verschwärung kommen vor. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Natur der Xanthome und die nächste Ursache ihrer Komplikationen, Vortrag von Hallopeau auf dem Kongrefs der „Association franç. pour l'avancement des sciences. (*Progrès méd.* 1893. No. 32.) Nach H. müssen die Xanthome

zu den Naevis gezählt werden, mit denen sie sowohl die Struktur, als gewisse klinische Merkmale teilen. Er weist auf die Thatsache hin, dafs Xanthome öfters auf Naevis angetroffen werden, und erwähnt eines Falles, wo zahlreiche Xanthome linienförmig und dem Verlaufe eines Nerven entsprechend angeordnet waren. Ihr spätes Auftreten spreche nicht gegen diese Ansicht, indem auch die Naevi öfters erst beim Erwachsenen auftreten; als ebensowenig beweisend bezeichnet er den Einwurf, dafs die sogenannten diabetischen Xanthome öfters zurückgehen; dies werde bei den Naevis auch zuweilen beobachtet, andererseits aber sei diese Repression mitunter eine blofs scheinbare, indem das Volumen der Xanthome oft von ihrem Blutgehalte abhänge. Icterus und Glykosurie haben nichts mit der Ätiologie der Xanthome zu schaffen, sind vielmehr wahrscheinlich von den letzteren abhängig, indem diese nicht allein auf der Haut, sondern auch in inneren Organen auftreten, wo sie z. B. durch Kompressionen der Gallengänge Icterus verursachen; ebenso würde ihr Wachstum im Pankreas Glykosurie bedingen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Xanthoma tuberosum. Morrow (*Journ. of cut. dis.* Januar 1893) beobachtete bei einem 45jährigen Patienten an beiden Füfsen (wo der Schuhdruck am intensivsten einwirkte, Absatz und Planta), an den Knien, auf dem linken Handrücken, zahlreiche hirse- bis mohnkorngrofse, hellgelbe, in der Tiefe der Haut sitzende, sehr harte Tumoren, deren Wachstum mit aufserordentlich intensiven und anhaltenden Schmerzen verbunden war. Die Geschwülstchen verschwanden zum Teil spontan, zum Teil unter dem Einflusse einer 10%igen Salicylsäurepasta. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über einen Fall von Akromegalie mit Autopsie, von Bonardi. (*Arch. ital. de clin. Med.* 1893.) Ein 74jähriger Mann mit Akromegalie, die sich seit frühester Jugend langsam progressiv entwickelt hatte, zeigte noch als bemerkenswerte Erscheinungen Kyphose des Rückens, Dämpfung auf dem Manubrium sterni, Alteration der Psyche, verbrecherische Anlage, Irritabilität des Charakters. Die Sektion ergab: diffuse Endarteritis, Atrophie und Sklerose der Glandula thyreoidea. Obgleich die Diagnose zweifellos ist, hatte der Fall doch durch die Kyphose, das beträchtliche Volumen des Radio-Karpalgelenkes, die retrosternale Dämpfung, Berührungspunkte mit der Osteoarthropathia hypertrophicans pneumica. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronische Malaria. Konsekutive partielle neurotische Melanodermie, von Pasquale Moscato. (*Rif. med.* 1893. No. 216.) Es handelt sich um ein 4jähriges, von an chronischer Malaria leidenden Eltern abstammendes und selbst von dieser Krankheit afficiertes Kind. Die Affektion begann im zweiten Lebensjahre und besteht in einer chokoladebraunen Pigmentation beider Beine bis zu den Nates, des Penis und Scrotums, sowie beider Vorderarme. Entsprechend der Ablagerung des Pigmentes in den Gefäfsscheiden und dem Rete Malpighii zeigt die Färbung stellenweise ein retikuläres, stellenweise ein geflecktes Aussehen. Die symmetrische Verteilung der Pigmentation führt Verfasser zurück auf eine Störung im Gebiete des Sympathicus.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Studien über den Morbus Addisonii und über die Erkrankung der Nebennieren, von W. Gilman Thompson-New York. (*The Americ. Journ. of the med. sciences.* Oktober 1893.) Seitdem Addison im Jahre 1855 zum ersten Male die nach ihm benannte Krankheit beschrieben hat, sind mehr als 700 ähnliche Fälle in der Litteratur veröffentlicht worden. Verfasser fügt zu diesen eine Reihe bisher noch nicht publicierter Fälle hinzu.

Zunächst beschreibt er sechs Fälle des Morbus Addisonii, die sämtlich die charakteristischen Symptome der Krankheit gezeigt haben, nämlich Bronzefärbung der ganzen Körperoberfläche, grofse Muskelschwäche und Prostration, undeutliche

Herztöne, schwachen Puls, ausgesprochen gastrische Störungen mit Anfällen von Nausea, Apathie und lokale Schmerzempfindung.

In nahezu der Hälfte der zur Autopsie gelangten Fälle zeigten sich die Nebennieren erkrankt. Da jedoch in zahlreichen typischen Fällen die Nebennieren ganz normal gefunden wurden, so kann die Theorie, nach welcher der Morbus Addisonii in ätiologischer Beziehung zur Erkrankung der Nebennieren steht, nicht aufrecht erhalten werden.

Verfasser führt sodann 40 Fälle von Erkrankungen der Nebennieren auf, bei denen weder Bronzefärbung der Haut, noch sonst ein Symptom der Addisonschen Krankheit sich gezeigt hatte. Es handelt sich in diesen Fällen zumeist um fettige Degeneration der Nebennieren, im Anschluſs an Erkrankungen der Lungen, der Leber, der Nieren und anderer Organe. Relativ häufig fand sich Tuberkulose der Nebennieren bei gleichzeitiger tuberkulöser Erkrankung anderer Organe.

Aus seinen Beobachtungen zieht Verfasser folgende Schlüsse:

1. Die Addisonsche Krankheit ist auf eine Reizung, resp. Erkrankung des Bauchsympathicus zurückzuführen.

2. In der Mehrzahl der Fälle beginnt die Krankheit als eine sekundäre oder primäre Tuberkulose der Nebennieren. Das sympathische System ist entweder mit ergriffen, oder erscheint wegen des engen anatomischen Zusammenhanges zwischen den Nebennieren und den relativ zahlreichen Nerven, welche sie enthalten, funktionell gestört und gereizt.

3. Schon diese funktionellen Störungen des Sympathicus genügen, um bisweilen alle Symptome der Addisonschen Krankheit hervorzurufen.

4. In wenigen Fällen sind die Nebennieren von anderen Krankheiten als von Tuberkulose ergriffen, oder sie sind ganz normal, und die sympathischen Nerven und Ganglien sind allein erkrankt. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Addisons Krankheit, von Kolisch und Pichler. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 12.) Der Patient ist 29 Jahre alt. Vor acht Jahren litt er an einer fieberhaften, mit Nachtschweiſsen verbundenen Krankheit. Tuberkulose der Lungen war damals nicht nachweisbar. Später stellten sich häufig Verdauungsstörungen, namentlich Erbrechen, ein, ohne daſs das Körpergewicht des Patienten wesentlich abnahm. Seit zwei Jahren jedoch machen sich zunehmende Schwäche, leicht eintretende geistige Abspannung und deutliche Abmagerung bemerkbar. Gleichzeitig mit dieser konnte ein Dunklerwerden der Haut wahrgenommen werden. Die Haut war trocken; die Temperatur normal; Ödeme waren nicht vorhanden. Die Untersuchung des Blutes ergab Verminderung des Hämoglobingehaltes und der roten Blutkörperchen, während die Leukocyten keine wesentliche Veränderung zeigten. An der rechten Lungenspitze wurde eine schwache Dämpfung nachgewiesen.

C. Berliner-Aachen.

Über den Morbus Addisonii. (Nach *Rif. med.* 1893. No. 247.) Die alte Theorie über die Ätiologie des Morbus Addisonii ist durch die zahlreichen Sektionsbefunde unhaltbar geworden, indem einerseits in sehr vielen Fällen, wo alle Symptome der Affektion deutlich ausgesprochen waren, die Nebennieren normal befunden wurden und andererseits ebenso oft diese Symptome gefehlt hatten, wo die Autopsie ausgedehnte Zerstörung dieser Drüsen ergab. Viel konstanter werden Läsionen der Splanchnicusnerven und Ganglien vorgefunden, so daſs man eher die Krankheit auf eine Störung im Gebiete des Sympathicus zurückführen darf. Ferner wurde ein auffallend häufiges Zusammentreffen des Morbus Addisonii mit der Tuberkulose (80%) beobachtet.

Die Pigmentation der Haut erklären sich einzelne Autoren ebenfalls aus einer Wirkung des Sympathicus, und zwar auf die tiefen Zellenschichten des Rete

Malpighii, wo man das Pigment an denselben Stellen abgelagert findet, wie bei der Negerrasse.

Man hat Eperimente an Tieren vorgenommen (Gilman Thompson) in der Weise, dafs die Nebennieren zerstört, excidiert oder auf Tiere anderer Species transplantiert wurden. Dabei zeigte es sich, dafs die operierten Tiere die Eingriffe sehr gut vertrugen und sich keine abnorme Pigmentationen, Blutsveränderungen oder Verdauungsstörungen einstellten. Andere Forscher hingegen fanden, dafs die Exstirpation der einen Drüse eine Hypertrophie der anderen zur Folge hatte (Stilling), oder dafs die Entfernung beider Organe rasch den Tod des Tieres herbeiführen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Regressive Ernährungsstörungen.

Zwei Fälle von Myxödem, behandelt mit Schilddrüsennahrung, von J. Adam-Hamilton. (*The Glasgow med. Journ.* September 1893.) Der eine Fall betrifft eine 38jährige Frau, die den Beginn der Krankheit auf durchgemachten Schreck und starke Aufregung gelegentlich eines Brandunglückes zurückführt.

Die Affektion ist charakterisiert durch rauhe, trockene Haut, Blässe der Schleimhaut und des Gesichtes, mit Ausnahme der Wangen, welche ödematös geschwollen und gerötet sind, namentlich in der Umgebung der Augen, ferner durch Ausdruckslosigkeit des Gesichtes, trockenes, spärliches Haar und spatenförmige Hände. Die Stirn ist rauh, das Sprechen verlangsamt; die Zähne sind locker; einer ist jüngst ausgefallen. Die Schilddrüse ist kaum fühlbar. Puls 72, schwach. Herz normal, nur dafs der erste Herzton nirgends hörbar ist.

Unter Gaben von Schilddrüsenpräparaten besserten sich alle Symptome.

In dem zweiten Falle war die Patientin eine 50jährige Frau, die früher schwere Arbeiten verrichtet hat. Sie zeigte die charakteristischen Symptome des Myxödems und wurde nach mehr als dreimonatlicher Behandlung mit Schilddrüsennahrung in sehr gebessertem Zustande entlassen. Die Methode bestand darin, die frische Schilddrüse sehr fein zu zerkleinern und in einem Sandwich von Brot und Butter, gewürzt mit etwas Pfeffer, zu verabreichen. Für den Beginn schien ein Achtel einer gewöhnlichen Schilddrüse vom Schafe, dreimal wöchentlich eingegeben, hinreichend zu sein.

C. Berliner-Aachen.

Über Myxödem und dessen Behandlung mit innerlich dargereichter Glandula thyreoidea, von S. Laache. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 11.) Die Substitutionstherapie ist nicht so ganz jungen Datums, die Priorität gebührt der chinesischen Medizin, in der sie seit dem grauen Altertume geübt wird. Der Pentsao, die chinesische Pharmakopoe enthält 37 verschiedene Medikamente, welche den Organen, Sekreten oder Exkreten des Menschen entnommen sind. Verfasser berichtet über einen mittelst „Substitution" geheilten charakteristischen Fall von Myxödem. Es fehlten zwar die Abnahme des Schweifses und die subnormale Temperatur, jedoch waren sonst alle Symptome deutlich ausgesprochen. Verfasser charakterisiert treffend das Krankheitsbild mit dem Worte „schwerfällig". Schwerfällig war der Körper, noch schwerfälliger der Geist. Hervorgehoben sei hier der universelle Haarausfall und die umschriebene Wangenröte. Die Thyreoidea wurde per os gegeben, anfangs als Glycerinextrakt oder gekocht, später frisch in Substanz mit Salz und Pfeffer klein geschnitten. Als Nebenerscheinungen machten sich bemerkbar: Appetitverlust, belegte Zunge, Mattigkeit, Schwindelgefühl bei aufrechter Haltung, starkes Herzklopfen, Steigen des Pulses von 60 auf 100, Albuminurie; ein juckender, papulöser Ausschlag. Als Anfangsdosis soll man nicht mehr als 1—2 g reichen. Zwei Wochen nach Beginn der Kur

stellte sich eine kleienförmige Abschuppung, einen Monat später starke Haarbildung am Kopfe ein. Danach trat eine grofsfetzige Desquamation, begleitet von Haarbildung, am ganzen Körper auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weitere Mitteilungen über Myxödem, von RALF WICHMANN-Braunschweig. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 11.) Verfasser berichtet zunächst über die weitere Gestaltung des Krankheitsbildes bei dem früher mitgeteilten Falle. Um jede Suggestionswirkung auszuschliefsen, hat er die Injektionen mit Schilddrüsenextrakt ausgesetzt und statt dessen seit einiger Zeit nur Aqua destillata eingespritzt; die Folge davon ist, dafs sich bereits ein Recidiv eingestellt hat. Sodann folgt die Krankengeschichte eines weiteren Falles von Myxödem, betreffend eine 36jährige Frau. Auch hier ist der Erfolg der Behandlung ein guter; alle Erscheinungen bis auf Kältegefühl und Trockenheit der Haut sind zurückgegangen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fälle von Myxödem und Akromegalie, behandelt mit der Schilddrüse vom Schafe, von JAMES J. PUTNAM. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* August 1893.) Verfasser beschreibt ausführlich zwei Fälle von Myxödem, bei denen die Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten gute Dienste geleistet hat. Auch drei andere Fälle, bei welchen die Diagnose zwischen Myxödem und Akromegalie schwankte, erfuhren von dem Mittel eine wohlthuende Einwirkung.

Sodann erörtert Verfasser folgende, das Mittel betreffende Fragen:

1. Ist die Methode mit innerlichen Gaben in gleicher Weise wirksam, wie die Injektionsmethode? Ist die Wahl des Präparates (in natürlicher Form, in Pulverform oder als Alkoholextrakt) von wesentlichem Einflusse?

2. Ist die Dosis bei innerlichen Gaben gröfser zu nehmen, als bei der Injektionsmethode, und wenn dies der Fall, aus welchen Gründen?

3. Was ist die Ursache der so oft bemerkten rapiden Gewichtsabnahme? Kann dieselbe unter dem Gebrauche von Schilddrüsenpräparaten auch bei gewöhnlicher Fettleibigkeit oder bei sonst gesunden Personen eintreten?

4. Sind Zeichen von Nierenreizung oder Verschlimmerung schon bestehender Nierensymptome beobachtet worden, und unter welchen Umständen?

Die Behandlung mit innerlichen Gaben war in allen Fällen von wirklichem Myxödem von Erfolg gekrönt. Nach englischen Beobachtern erreicht man durch subkutane Injektionen mit weit geringeren Dosen denselben Zweck.

Die Gewichtsabnahme ist ein frühes Zeichen der Besserung, doch kann dieselbe unter Umständen weiter gehen, als es die allgemeine Gesundheit verträgt. BARKER hat auch bei fettleibigen Personen Gewichtsabnahme beobachtet. — Von Nebenwirkungen bemerkt man unmittelbar nach den Injektionen zuweilen erhöhte Temperatur und gesteigerte Pulsfrequenz, vermehrte Harnabsonderung, Schwäche, Kopfschmerz, zuweilen auch anginöse, neuralgische und andere Beschwerden. Albuminurie hat Verfasser in einem Falle beobachtet. Die erwähnten Symptome halten manchmal noch an, nachdem man mit der Behandlung aufgehört hat.

Nach allem, was Verfasser und andere Autoren beobachtet haben, rufen die Thyreoidpräparate auch bei gesunden Personen ähnliche Erscheinungen hervor, wie bei Myxödem, wenn auch nicht in demselben Grade.

Im folgenden bespricht Verfasser an der Hand der einschlägigen Litteratur eingehend die pathologische Anatomie des Myxödems und der mit der Schilddrüse in Zusammenhang gebrachten Krankheiten.

Wer sich über das Kapitel der Myxödeme gut orientieren will, dem raten wir, PUTNAMS ausgezeichnete, den Gegenstand nach allen Richtungen hin erschöpfende Arbeit zu lesen. *C. Berliner-Aachen.*

Alopecia leukodermica, von Haslund. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893.) Unter Hinweis auf seine früheren Arbeiten, sowie diejenigen Ehrmanns über Pigmentanomalien bei Syphilis erklärt Verfasser, dafs ihn seine ferneren Untersuchungen in seiner Ansicht bestärkt haben. Während er aber mit Neisser u. a. angegeben hatte, dafs die Textur der Haut an leukodermatischen Stellen keine Veränderungen erfahre, hat er seither öfters Gelegenheit gehabt, bei Syphilitikern (männlichen und weiblichen Geschlechtes) Leukoderma der Kopfhaut zu beobachten, wobei an den pigmentlosen Stellen die Haare fehlten. Er ist auch überzeugt, dafs die Mitbeteiligung der Haare, die Alopecia leukodermica, häufiger vorkomme, als bisher angenommen wurde, weil man eben nicht danach gesucht hat. Diese Alopecie läfst sich jedoch nicht allein auf der Kopfhaut konstatieren, sondern auch, wenn zwar schwieriger, an den sogenannten haarlosen Partien (Nacken, Hals). Reibt man an solchen Stellen graue Salbe ein und betrachtet sich am folgenden Tage das Operationsfeld, so wechseln schwärzere Partien (normaler Haut) mit blasseren ab, indem die Salbe an den mit Lanugo behaarten Stellen länger haften bleibt. Verfasser will jedoch nicht behaupten, dafs das Leukoderma stets mit Alopecie verbunden sei. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von Plica, von H. W. Stelwagon. (*The Amer. Journ. of the med. scienc.* Dezember 1892.) Die Patientin ist eine 40jährige Irländerin. Ihre eigentümliche Affektion besteht seit zehn Jahren und betrifft eine Stelle in der Mitte der Hinterhauptgegend. Während das Haupthaar sonst normal ist und bis zu den Schultern herabreicht, bildet dasselbe an der erwähnten Stelle eine faltige Locke von der Dicke eines Daumens, ist 4′ 1″ lang und reicht thatsächlich bis zu den Knöcheln herab. Die Haut an dieser Stelle ist normal, das Haar selbst zwar trocken, aber ohne Zeichen von Unsauberkeit, Ungeziefer, so dafs die Schuld an der Verwickelung des schnell wachsenden Haares nicht der Patientin beigemessen werden konnte. Die Scheu und die Ehrfurcht, mit der die Patientin wie eine Göttliche von ihren abergläubischen Angehörigen angesehen und behandelt wurde, verhinderte den Verfasser, die Haare eingehend makroskopisch und mikroskopisch zu studieren.

J. C. White glaubte, dafs der seltene und eigentümliche Zustand dieser Haarpartie durch eine von der normalen abweichende Anordnung der Zellen der Haarcuticula verursacht sei, und findet eine Analogie bei denjenigen Tieren, bei welchen eine natürliche Faltung und Verflechtung der Haare stattfindet. *C. Berliner-Aachen.*

Klinischer Bericht über einen Fall von „Xeroderma pigmentosum", von M. B. Hutchins. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* Oktober 1893.) Patient, ein 34jähriger Jurist, hatte zuerst im achtzehnten Lebensjahre den Beginn des Leidens im Gesichte in Gestalt von kleinen, rauhen, schuppigen Flecken bemerkt. Bei der Aufnahme fanden sich dunkelbraun pigmentierte, halberbsen- bis bohnengrofse Flecke mit reichlichen Telangiektasien, teilweise auch mit ausgedehnten Krusten von talgartiger Materie. Ähnliche Läsionen ohne Telangiektasien fanden sich sonst nur auf den Handrücken und in sehr geringer Zahl auch an den Armen. Ferner waren Geschwülste entstanden, das erste vor zwölf Jahren über dem linken Unterkiefer in Gestalt eines warzigen Gebildes, das allmählich 1/4 Dollar grofs wurde. Von einem Pseudo-Arzte mittelst Pasta entfernt. Aufser einigen anderen entwickelte sich an und um das rechte Ohr ein gröfseres Gewächs, das bis in den äufseren Gehörgang hineinwucherte. Operative Entfernung in Äthernarkose. Unter verschiedentlicher Besserung und Verschlimmerung erfolgte drei Monate später der Tod an Entkräftung.

Die Geschwulstmassen waren von knorpelharter Konsistenz und livider Farbe; sie sonderten eine geruchlose, seröse Flüssigkeit ab, die zu Krusten gerann. Mikroskopisch stellten sich diese Massen als eine einfache Hypertrophie und Vervielfältigung der Talgdrüsen dar. *Philippi-Nieheim.*

Molinié teilt einen Fall stark entwickelter **Varicen der Regio suprapubica** mit. Dieselben bestanden bei dem 19jährigen Patienten seit acht Jahren und bildeten in genannter Gegend daumendicke, leicht komprimierbare, beim Stehen und Gehen stärker hervortretende, beim Liegen verschwindende Stränge. Keine subjektiven Symptome; Venen der Skrotalhöhle, des Hämorrhoidalplexus und des Oberschenkels von normalem Volumen. Ätiologische Anhaltspunkte fehlen. (Nach *„Travaux et compte rendu de la clinique de dermato-syphiligraphie de Toulouse.* 1893. Bd. I.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über streifenförmige Divulsion der Haut als Begleiterscheinung schwererer fieberhafter Krankheiten, von Alfred Kirstein. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 41.) Bei einem 18jährigen Patienten traten nach sieben Wochen hindurch dauernder Blinddarmentzündung auf der Rückenhaut linkerseits von der Höhe des zehnten Brustwirbels bis zur oberen Grenze des Darmbeines zahlreiche querverlaufende Streifen auf, ganz aussehend wie Schwangerschaftsnarben. Sie sind 2—8 cm lang, 2—10 mm breit, blafs-rötlich; Niveau etwas vertieft, Epidermis intakt. Bei guter Beleuchtung sieht man leichte Runzelung der Streifen, indem sie von ganz feinen Streifchen von normaler Hautbeschaffenheit quer zu ihrer Längsachse, also in der Richtung der Längsachse des Körpers, vielfach unterbrochen waren. Es bestehen weder Schmerzen, noch Sensibilitätsstörungen. Die Affektion ist einseitig, nur von einigen Ausläufern wird die Mittellinie überschritten.

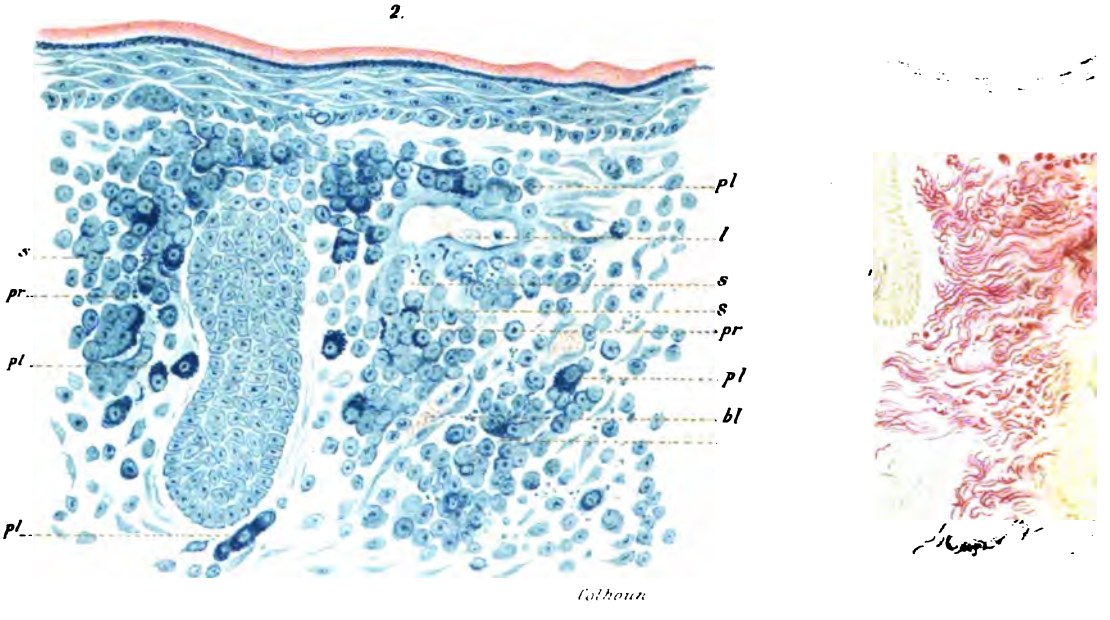
Das hier geschilderte Leiden ist zuerst 1835 von Aschersohn beobachtet; es tritt vornehmlich nach langdauerndem Typhus auf. Die Streifen sitzen meistens an den Extremitäten, besonders an den Streckseiten, und treten fast ausnahmslos doppelseitig auf. Ähnliche Veränderungen sah man einmal bei sekundärer Syphilis, einmal bei einem hysterischen Mädchen, bei dem die Stellen auf Berührung sehr schmerzten, gelegentlich auch in der Pubertät. Die Schwangerschaftsnarben sind keineswegs Narben, sondern entstehen durch Auseinanderzerrung infolge übermäfsiger Dehnung der Bauchhaut; es sind streifenförmige Divulsionen der Haut, die Köbner mit dem Namen „Striae distensae cutis" belegt wissen will. Das Auseinanderweichen geschieht am leichtesten in der Richtung der Langerschen Spaltbarkeitslinien. Aschersohn verglich den Vorgang mit den Verdünnungen, welche durch Zerrung einer zähen, elastischen Membran (nasses Leder oder Blase) entstehen bei Vermeidung wirklicher Zerreifsung.

Lokalisation am Stamm und Einseitigkeit zeichnen den vorliegenden Fall aus, bei dem mit einem prickelnden Schmerzgefühl sich die Divulsion entwickelte. Die Entstehung ist gewöhnlich durch Zerrung erklärt, so von Aschersohn, Dupuytren, Henoch. Davon kann in diesem Falle keine Rede sein. Vielleicht genügt schon die normale, elastische Spannung der Haut, wenn durch schwächende Momente ihre Kohäsion vermindert ist, um Divulsionen zu bewirken. Auffallend ist, dafs gerade Darmaffektionen zu dieser Anomalie Veranlassung geben, wie ein von Senator beobachteter und hier wiedergegebener Fall auch beweist, bei dem Dysenterie die Ursache war.

Jessner-Königsberg i. Pr.

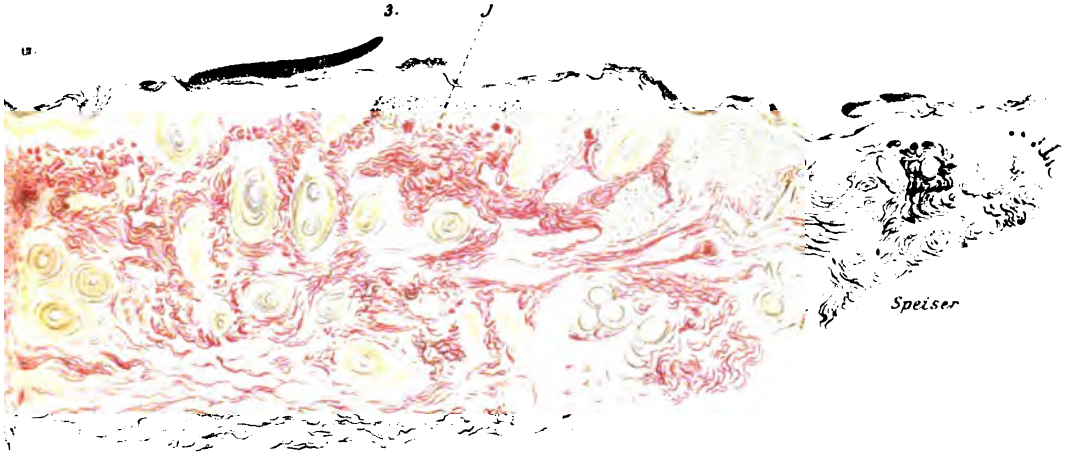
1.

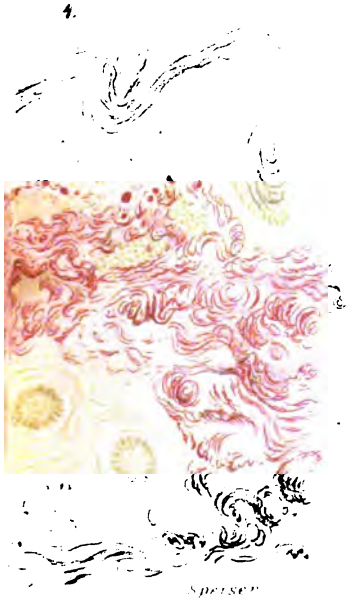
2.

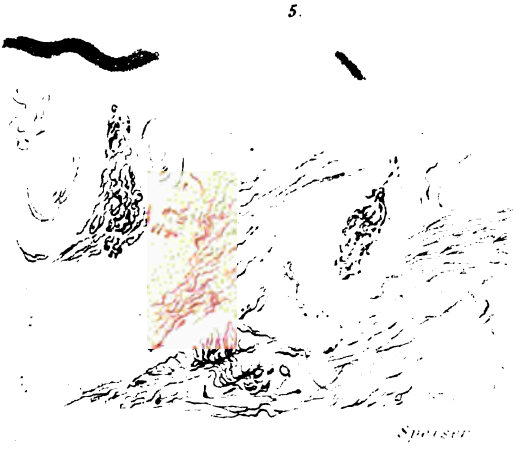


BURI, Lupus erythematosus.

Verlag von Leopold Voss







Meisenbach, Riffarth & Co., Berlin.

in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 8. 15. Oktober 1894.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Elastin und Elacin.

Von

P. G. Unna.

A. Spezifische Färbung des Elastins.

Der Wert des (Grübler'schen) Orceins in saurer Lösung für die differentielle Diagnose des Elastins ist heutzutage allgemein anerkannt; hier trifft einmal eine höchst einfache Technik mit äufserst scharfer Definition der Gewebsstruktur und universeller Verwendungsfähigkeit in glücklicher Weise für eine histologische Methode zusammen. Ich würde mich daher an dieser Stelle damit begnügen können, auf meine diesbezüglichen früheren Publikationen zu verweisen, wenn nicht im letzten Jahre diese Methode in meinem Laboratorium wieder eine Vereinfachung und Verbesserung zugleich erfahren hätte, die ich meinem Präparator, Herrn Max Colhoun, verdanke.

Es ist eine alte und von mir öfters nützlich verwendete Erfahrung,[1] dafs die Färbungen in spirituösen Lösungen weit energischer vor sich gehen, wenn man für eine langsame Abdunstung des die Lösung bewerkstelligenden Spiritus Sorge trägt. Ganz natürlich, denn zunächst wird die Lösung im selben Mafse höher prozentuiert, als sie ärmer an Spiritus wird, und färbt daher um so stärker; dann aber, wenn sie an die Grenze gelangt, wo der Farbstoff beginnt auszufallen und sich viele Moleküle desselben fortdauernd in Schwebefällung befinden, tritt noch ein neuer Grund zur Färbung, ein förmlicher Färbezwang hinzu. So unklug es wäre, eine spirituöse Lösung vor dem Gebrauche offen hinzustellen und das Lösungsmittel abdunsten zu lassen, so empfehlenswert ist diese Mafsregel, wenn man derselben zugleich die zu färbenden Schnitte darbietet, indem diese nun unausgesetzt von frischen Farbmolekülen in der denkbar günstigsten Verfassung — d. h. im Stadium der Schwebefällung — umgeben sind. Eine solche verdunstende Lösung setzt ihren Farbstoff

[1] Beispielsweise bei der Färbung des Lepraschleims mit Alkannatinktur.

— anstatt allein auf die Gefäfswandungen — gröfstenteils direkt auf die darin enthaltenen Schnitte ab. Was für wässerige Lösungen basischer Farbstoffe der Zusatz von basischen Substanzen, für wässerige Lösungen saurer Farbstoffe der Zusatz von Säuren, das ist für spirituöse Lösungen die Abdunstung des Spiritus während der Färbung.

Die Färbung des Elastins mittelst sauren Orceins vereinfacht und verbessert sich hierdurch bedeutend. Man hält folgende Lösung vorrätig:

Orcein (Grübler)	1,0
Acid. hydrochlorici	1,0
Alcohol absolutus	100,0.

Man bringt die (unbegrenzte) Anzahl von Schnitten mit oder ohne Celloidin in ein Porzellanschälchen, übergiefst sie mit soviel Farblösung, dafs sie eben von derselben bedeckt sind, und bringt das Schälchen offen an einen warmen Ort. In Ermangelung eines warmen Ofens oder eines Inkubators zündet man etwa eine Handbreit unter dem auf einem Stativ ruhenden Schälchen eine kleine Spiritusflamme an. Die Wärme, welche das Schälchen selbst annimmt, darf höchstens einige 30° betragen. In 10—15 Minuten, je nach der Menge der Farblösung und der Wärme des Ortes, ist erstere so weit abgedampft, dafs sie als eine schwer bewegliche, aber noch durchaus flüssige Masse die Schnitte einhüllt. Dieses ist der Zeitpunkt, in welchem die Procedur unterbrochen werden mufs; eintrocknen dürfen die Schnitte natürlich nicht. Dann ist aber alles Elastin in maximaler und höchst dauerhafter Weise spezifisch gefärbt. Man spült die Schnitte sodann in Spiritus dilutus tüchtig ab und bringt sie von hier in ein Schälchen Wasser, wo sie beliebig lange verweilen können, dann in Alcohol absolutus, Öl und Balsam.

Die Wasserspülung vor der Montierung ist nicht absolut nötig, aber vorteilhaft, um die letzten Spuren der Salzsäure aus dem Gewebe zu entfernen, während zugleich das Orcein durch das Wasser fixiert wird. Jedenfalls ist dieselbe ratsam, wenn man Nachfärbungen, besonders mit basischen Farbstoffen (Methylenblau), vornehmen will.

Es ist nicht nötig, die Färbung, wie hier angegeben und wie in meinem Laboratorium jetzt gebräuchlich, im Verlaufe von 20 Minuten zu vollenden; man kann natürlich auch die Schnitte eine Nacht in obiger Lösung lassen und mufs dann durch loses (d. h. ungenügendes) Zudecken des Schälchens für eine langsame Verdunstung des Spiritus Sorge tragen. Man hat dann ebenfalls eine stärkere und dauerhaftere, d. h. in jeder Beziehung bessere Tinktion, als bisher in konstanten Lösungen.

Bei dieser Färbung erhält das Kollagen einen schwachbräunlichen, angenehm mit dem Schwarzbraun des Elastins kontrastierenden Ton. Will man das Elastin ganz allein auf hellem Hintergrund gefärbt haben,

so bringt man die Schnitte aus dem Spiritus dilutus und vor dem Wasserbade einige Sekunden in salzsauren Alkohol.

Das Orcein in saurer Lösung ist ein so vortreffliches Färbungsmittel des elastischen Gewebes, dafs es auch noch dann eine, allerdings schwächere, Verbindung mit demselben eingeht, wenn dasselbe einen Teil seiner Eigenschaften eingebüfst hat; wenn beispielsweise sein chemischer Charakter derart verändert ist, dafs die Faser jetzt auch basische Farbstoffe aus alkalischer Lösung aufzunehmen vermag. Ich habe die so veränderte Substanz der Fasern Elacin genannt und das Vorkommen derselben bei verschiedenen regressiven Prozessen in meiner *Histopathologie der Haut*[2] beschrieben. Ich habe im Kapitel der Striae zu zeigen vermocht,[3] dafs das Elacin wesentlich an Elasticität gegenüber dem Elastin verloren hat.

B. Spezifische Färbung des Elacins.

Definition. Elacin nenne ich die Substanz solcher Fasern, welche den elastischen Fasern äufserlich ähnlich sehen; aber chemisch derartig verändert sind, dafs sie basische Farbstoffe aus alkalischen Lösungen anziehen.

Wie man sieht, gehören zur Definition des Elacins zwei Dinge, einerseits eine der der elastischen Fasern ähnliche Faserstruktur, andererseits eine von der der normalen elastischen Fasern abweichende Tingibilität. Da die Struktur der Fasern nur geringe Abweichungen von der Norm darbietet (im allgemeinen: etwas gröfsere Breite, geringere Schlängelung, seltenere Verästelung), so wird man das Vorkommen von Elacin im Gewebe bei den bisher gebräuchlichen Färbungen wohl vermuten können; aber zum sicheren Beweise der Existenz dieser Substanz gehört die Ausführung der tinktoriellen Reaktion. Selbst die Färbung mit unserer besten Elastinfärbung, nämlich diejenige mit Orcein in saurer Lösung, in der soeben angegebenen Art der Ausführung, ist hierfür nicht brauchbar, da die Elacinfasern mitgefärbt werden, wenn auch bedeutend schwächer, als die Elastinfasern. Man kann daher das Vorkommen von Elacin in solchen Elastinpräparaten vermuten, wenn man viele auffallend schwach gefärbte Fasern wahrnimmt, aber es kann sich dann immer noch um eine bloſse Abschwächung der Tingibilität ohne Vorhandensein von Elacin handeln.

Für den positiven Nachweis von Elacin habe ich schon a. a. O. drei gute Methoden kurz angegeben, die zunächst hier ausführlicher besprochen werden müssen. Ich beginne, wie dort, mit der Methylenblau — n. Orcein — Methode. Es ist dieselbe, welche uns in den Artikeln über

[2] S. die Kapitel über senile Haut, Narben, kolloide Degeneration, Myxödem und Striae.

[3] Pag. 1014, a. a. O.

spezifische Kollagen-, Protoplasma- und Mastzellenfärbung bereits begegnet ist und deren Hauptvorzug in einer höchst einfachen tinktoriellen Trennung des Kollagens vom Protoplasma besteht. Ich will auch gleich hinzufügen, dafs dieselbe durchaus nicht die beste Elacinmethode darstellt; aber begreiflicherweise wird das basophile Elacin durch die polychrome Methylenblaulösung stark mitgefärbt, und da es durch neutrales Orcein nur wenig angefärbt (resp. hier: entfärbt) wird, tritt es immerhin deutlich hervor. Da nun diese Methylenblau- und Orceinmethode stets und gewöhnlich zuerst am Schnitte versucht wird, hat man nur darauf zu achten, ob bei dieser Kollagen-Protoplasmafärbung auch irgendwelche blau gefärbten, stielrunden, geschwungenen Fasern im Gewebe auftreten, welche elastischen Fasern zum Verwechseln ähnlich sehen. Da wahres Elastin nie bei dieser Methode zum Vorschein kommt, so handelt es sich dann sicher um Elacin.

Aber ich betrachte diese Methode quoad Elacin nur als eine vorläufige, das Interesse auf diesen Punkt hinlenkende, und registriere die Möglichkeit des vorläufigen Elacinnachweises als einen neuen Vorzug derselben. Um die Elacinfasern jedoch in voller Schärfe darzustellen, bedarf es einer anderen Entfärbungsmethode. Ich empfehle zu diesem Zwecke das Tannin für die mit polychromer Methylenblaulösung vorgefärbten Schnitte. Die Schnitte bleiben in der polychromen Methylenblaulösung (Grübler) 10 Minuten, werden sorgfältig in Wasser abgespült und kommen auf 15—20 Minuten in die konzentrierte (33%ige) wässerige Tanninlösung. Man bringt sie sodann auf längere Zeit in Wasser, um jede Spur eines Tanninniederschlages fortzuspülen, darauf in Alkohol zur Entwässerung, weiter in Bergamottöl und Balsam. Die Elacinfasern heben sich dunkelblau und mit vollendeter Schärfe von dem hellblauen Hintergrunde des Kollagens ab, elastische Fasern werden bei dieser Methode überhaupt nicht gefärbt. Es empfiehlt sich, stets zuerst diese höchst einfache Färbung des Elacins ohne jede Gegenfärbung zu machen, da dieselbe wegen des absoluten Fortfalles des Elastins im Bilde die rascheste Übersicht über die Ausbreitung des Elacins gewährt. Aufser dem Elacin ist nur noch das Nuklein (teils blau, teils violett), das Keratin (violett), die Mastzellenkörnung (violett) und eine Anzahl von Organismen stark gefärbt.

Die zweite gute Färbung des Elacins erhalten wir durch Saffranin in der Wasserblau-Saffraninmethode. Hier heben sich natürlich die Elacinfasern rot vom blauen Hintergrunde ab. Die Schnitte kommen auf einige Minuten in eine 1%ige Lösung von Wasserblau, werden in Wasser abgespült und dann in die wässerige 1%ige Saffraninlösung gebracht, welche man zweckmäfsigerweise vorher mit etwas Anilin schüttelt und filtriert. Hier bleiben sie etwa 3 Minuten, werden sodann in Spiritus

dilutus mit Zusatz von einem Tropfen sauren Alkohols auf das Schälchen Spiritus rasch vom überflüssigen Saffranin befreit, in Alcohol absolutus entwässert und in Öl und Balsam gebracht. Auch bei dieser Färbung zeigen die Kerne, die Hornschicht, die Mastzellenkörnung und eine Anzahl Organismen dasselbe Saffraninrot wie das Elacin. Hin und wieder finden sich auch einige Fasern des Elastins schwach angedeutet, aber dann in Blau, wie die Umgebung, so dafs sie mit den roten Elacinfasern nicht zu verwechseln sind.

In vielen Fällen wird es sehr wichtig sein, beide Subsanzen, Elastin und Elacin, im selben Schnitte nebeneinander zu färben, teils zur Kontrolle, teils um den Übergang beider ineinander studieren zu können. Es liegt am nächsten, hierzu die einfache Nachfärbung der mit saurer Orceinlösung vorgefärbten Schnitte mittelst Methylenblau anwenden zu wollen. Aber diese sehr viel benutzte, schöne Gegenfärbung reicht zur Darstellung des Elacins nicht aus. Wie schon bemerkt, färbt die saure Orceinlösung auch das Elacin etwas an, und die Methylenblaulösung vermag die Elacinfasern nicht so gründlich umzufärben, dafs dieselben bei der nachfolgenden Alkoholbehandlung nicht das sekundäre Blau wieder abgäben. Hier tritt nun wieder die nachträgliche Gerbung mittelst Tannin helfend ein. Das Blau wird dadurch auf dem Elacin fixiert, und man erhält einen schönen Gegensatz von braunen Elastin- und dunkelblauen Elacinfasern. Die mit saurer Orceinlösung stark gefärbten Schnitte kommen hierzu etwa eine Viertelstunde in polychrome Methylenblaulösung, und nach Abspülung in Wasser auf 10 Minuten in die konzentrierte, wässerige Tanninlösung. Hierauf werden die Schnitte wieder gründlich in Wasser abgespült und kommen sodann in Alcohol absolutus, Öl und Balsam.

Einfacher als die Nachfärbung des Elacins mittelst Methylenblaus ist diejenige mittelst Saffranins, da hier eine Tanninbeize unnötig ist. Die stark in saurer Orceinlösung gefärbten Schnitte kommen fünf Minuten lang in die einfach wässerige Saffraninlösung, werden in Wasser abgespült und dann sofort in absoluten Alkohol, Öl und Balsam übergeführt. Die roten Elacinfasern zeigen gleichzeitig einen schönen Kontrast und Übergang zu den braunen Elastinfasern.

Als ein leicht erhältliches Material zum Studium des Elacins empfehle ich senile Haut vom Gesicht oder Hals älterer, der Witterung vielfach ausgesetzt gewesener Personen. Man achte besonders auf die starken Elacinfasern der untersten Cutisschicht oberhalb und zwischen den Knäueldrüsen und vernachlässige anfangs die merkwürdigen Veränderungen der oberen Cutisschicht, bei denen viel kompliziertere Verhältnisse vorliegen, die erst verständlich werden unter Berücksichtigung der gleichzeitigen Alterationen des Kollagens.

Erst wenn nach den angegebenen sicheren Methoden das Elacin

vielfach nachgewiesen und genauer untersucht ist, wird es an der Zeit und lohnend sein, die Frage in Angriff zu nehmen, wieviel in den bisherigen Angaben über Elastin auf Rechnung des Elacins zu setzen ist. Bekanntlich geben die verschiedenen Methoden zum Nachweise des Elastins keine durchaus kongruenten Resultate, und unter den 14 mir bekannt gewordenen Methoden für Elastinfärbung sind mehrere — so die von MANCHOT, MIBELLI und SCHÜTZ —, welche basische Farbstoffe in neutraler Lösung benutzen. Es ist mithin durchaus notwendig, in Zukunft ede Methode für elastisches Gewebe, wie ich es für die Orceinmethode gethan, daraufhin zu prüfen, ob und wieweit mit derselben auch Elacin dargestellt wird, und dieselben eventuell durch Angabe von scharfen, einzeitigen Doppelfärbungen beider Substanzen zu ergänzen.

Formeln für die spezifische Färbung des Elacins.

I.

Isolierte Darstellung des Elacins.

a) 1. Polychrome Methylenblaulösung 10 Minuten.
2. Wasser.
3. Konzentrierte (33%ige) wässerige Tanninlösung 15—20 Minuten.
4. Gründliche Spülung in Wasser.
5. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

b) 1. Wasserblau (1%iges) 2—5 Minuten.
2. Wasser.
3. (1%ige) Lösung von Saffranin in Anilinwasser 3 Minuten.
4. Spiritus dilutus mit Zusatz von 1 Tropfen sauren Alkohols zum Schälchen, einige Sekunden.
5. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

II.

Gleichzeitige Darstellung von Elastin und Elacin.

a) 1. Rapide Vorfärbung mit saurer Orceinlösung in der eingangs geschilderten Weise.
2. Polychrome Methylenblaulösung 1/4 Stunde.
3. Wasser.
4. Konzentrierte (33%ige) Tanninlösung 10 Minuten.
5. Gründliche Spülung in Wasser.
6. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

b) 1. Rapide Vorfärbung mit saurer Orceinlösung.
2. Wasser.
3. 1%ige wässerige Saffraninlösung 5 Minuten.
4. Wasser.
5. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum.

Von

Prof. Dr. R. Bergh
(Kopenhagen).

I.

R. de Graaf sah es als nötig an, in der Vorrede zu seiner berühmten, an Cosmus III. von Medici dedicierten Arbeit über die weiblichen Geschlechtsteile sich wegen des Themas zu entschuldigen.[1] Und noch ein Jahrhundert später setzte der Arzt und Naturforscher Linné sein obskurantisches Anathema auf ein genaueres Studium der weiblichen Genitalien, trotzdem dafs dasselbe, wie er selber hervorhebt, von grofsem wissenschaftlichen Interesse sein würde.[2] Der alte Kirchenvater Clemens Alexandrinus (gest. etwa 220) war ganz anders unbefangen und frei; im grofsen (X.) Kapitel „de procreatione" seines *Paedagogus*[3] sagt er unumwunden, dafs auch hier seien naturalia non turpia.

Während des langen Zeitraumes von fast 30 Jahren, in dem ich Vorstand von Spitalsabteilungen für (venerische) weibliche Patienten gewesen bin, habe ich die reichste Gelegenheit gehabt, eine viel mehr eingehende und zuverläfsliche, als die, welche den am öftesten nur an Leichen arbeitenden Anatomen zur Verfügung steht, zur Untersuchung der äufseren Genitalien von hauptsächlich jüngeren weiblichen Individuen. Im Laufe der letzteren (besonders der letzten acht) Jahre habe ich eine Menge von Noten über die morphologischen Verhältnisse dieser Organe gesammelt und teilweise durch Zeichnungen illustriert. Ich hoffe, dieselben nach und nach, gesammelt und bearbeitet, vorlegen zu können. Als erster solcher Beitrag kommt hier diese Mitteilung über

---

[1] R. de Graaf, *De mulierum organis generationi inservientibus.* 1672.

[2] Genitalium curiosior indagatio abominabilis displicet, quamvis varia et singularis clitoride, nymphis —. C. A. Linné, *Syst. nat.* Holmiae. 1766. ed. XII. I. pag. 23.

[3] Neque vero nobis turpe est ad auditorum utilitatem nominare partes, in quibus fit foetus conceptio, quae quidem Deus fabricari non puduit.
Clementis Alexandrini opera, recogn. et illustr. per Ioannem Potterum episcopum Oxoniensem. T. I. 1715. (*Paedagogus*, lib. II. cap. X.) pag. 225. l. 25—30.

I.

Vulva, Labia (majora), Gynaecomastix, Interfemineum.

Der, der mehr oder weniger gebogen oder gewölbt vortretenden Gegend der Symphysis pubica (Tuberculum pubicum) entsprechende, mit einer mehr oder weniger starken Unterlage von subkutanem Fettgewebe versehene Mons veneris geht nach unten allmählich in die Schamlippen über, welche zwischen sich einen Spalt, Rima pudendi,[4] fassen, die spaltenartige Öffnung des Urin- und Geschlechtsapparates. Zusammen bilden diese Teile die äufseren Genitalien, Concha, Vulva, Cunnus.[5]

Die (grofsen) Schamlippen, Labia majora,[6] steigen also vom Mons veneris hinab, indem sie von diesem ein mehr oder weniger starkes subkutanes Fettlager mitnehmen und demgemäfs mehr oder weniger dick und vortretend sind; nach unten flachen sie sich ab. Die sich gegeneinander kehrenden Innenseiten der Lippen fallen gegen die Nymphen und gegen das Vestibulum ziemlich jäh ab, nach aufsen senken sie sich allmählich gegen die Schenkel, von denselben mitunter durch eine schwache Furche geschieden. Die Vorder- und die Aufsenseite der Lippen ist haarbekleidet, von einer Fortsetzung des Haarkleides der Umgegend, besonders des des Mons veneris, überzogen. Die Innenseite der Lippen hat keine oder wenige Haare, dagegen zahlreiche Fettdrüsen, deren Anzahl hier nicht viel geringer als an der Aufsenseite ist; es kommen auch hier zerstreute Knäuel-(Schweifs-)Drüsen vor.

Der unterste Teil der Schamlippen verliert sich in die Seitenteile des Dammes. Nicht selten erhebt sich eine niedrige Falte vom unteren Teile der Innenseite der einen oder meistens beiden Lippen und setzt sich nach unten und innen gegen die Mittellinie des Dammes fort, um mit der gegenseitigen oft zu verschmelzen.[7] Äufserst selten kommt ein wirkliches Frenulum labiorum (Commiss. labior. post.) als eine quere Kommissur zwischen den Schamlippen vor. In beiden Fällen kann hinter und unter dem Frenulum (nympharum) eine schwache Vertiefung, Navicula inferior, vor dem (übrigen) Interfemineum gebildet werden.

Die Schamlippen treten in zwei Hauptformen auf, die aber durch eine Reihe von Übergangsglieder verbunden sind, wie es sich bei

---

[4] Vergl. Hyrtl, *Das Arabische und Hebräische in der Anatomie.* 1879. pag. XLIII, 268.

[5] So wie von Hyrtl (*Onomatol. anat.* 1880. pag. 620—623) hervorgehoben, bezeichnete Vulva ursprünglich (Celsus, Plinius) die Gebärmutter; erst später wurde Uterus Bezeichnung für diese letztere. Die Benennung Cunnus kommt besonders bei den Dichtern (Martial, Horaz) vor.

[6] Die Benennung Labia (nicht wie von Hyrtl angegeben, Labia majora) stammt von Haller (*Elem. physiol.* T. VII, pars II. 1765. pag. 78) und ist von ihm aus Erotian (*Χεῖλεα*, Lippen) adoptiert.

[7] Bei nicht wenigen Individuen sind diese Falten Fortsetzungen der Nymphen.

der Untersuchung einer gröfseren Menge von Individuen zeigt. Die eine und am häufigsten vorkommende Form ist die, bei welcher sich die Lippen oben durch einen gröfseren oder kleineren Teil der Präputialpartie geschieden zeigen. Die Lippen sind hier gewöhnlich weniger dick; nach oben verlieren sie sich in die Seitenteile des Mons veneris und sind ganz oben durch eine geringe Einsenkung geschieden, oder sie gehen bogenförmig ineinander über, und der vordere Rand des Bogens ist dann oft durch eine Furche von der Wurzel der Präputialpartie geschieden oder springt etwas von derselben hervor. Die Rima pudendi präsentiert sich hier als eine nach oben breitere Spalte, in welcher sich die Vorhaut und meistens ein kleinerer oder gröfserer Teil der Nymphen entblöfst zeigen. Bei der anderen Form liegen die Innenränder der beiden Schamlippen ihrer ganzen Länge nach in Berührung miteinander; dieselben sind meistens dicker und mehr vortretend; nach oben gehen sie, mehr oder weniger ausgeprägt, bogenförmig ineinander über (Commissura labiorum anterior). Die Rima pudendi präsentiert sich als eine schmale Spalte, die Vorhautpartie ist nicht sichtbar und höchstens nur die Ränder der Nymphen.

Von den 2200 zum ersten Male in das Spital eingelegten und zum allergröfsten Teile jungen (20—30, meistens 20—25jährigen) oder ganz jungen Individuen[8] der geheimen (d. h. der nicht eingeschriebenen) Prostitution zeigte die Mehrzahl, 1475, die erste Form mehr oder weniger ausgeprägt. Zwischen den Schamlippen — die bei 18, meistens ganz jungen Mädchen kaum entwickelt waren — traten bei 1274 die Vorhaut und die Nymphen hervor; oder, bei 141, die Vorhaut allein; bei 60 fast nur die Nymphen allein. Die andere Form, mit eng aneinanderschliefsenden Lippen, wurde bei kaum der Hälfte der Individuen, bei 725, gesehen.

Diese Schamlippen entwickeln sich beim Foetus später, als die Nymphen, und sind bei Kindern mit ihrer nach vorne kehrenden Vulva so wenig entwickelt, dafs die Vorhautpartie und die Nymphen meistens ganz entblöfst liegen. Derselbe infantile Zustand kommt mitunter auch, im ganzen aber selten, bei Erwachsenen vor, ausgesprochen nur bei 18 der oben erwähnten 2200 Individuen. Dasselbe Verhältnis, die schwache Entwickelung der Schamlippen, findet sich dagegen als Norm bei vielen Negerstämmen vor, aber auch, obgleich in geringerem Grade, bei den Japanesinnen (Wernich) und den Javanesinnen (Scherzer).

[8] Von diesen 2200 Individuen waren drei nur 14 Jahre alt, 23 im Alter von fünfzehn, 64 von sechzehn, 139 von siebzehn, 201 von achtzehn und 218 von neunzehn Jahren; 135 waren über 30 (bis 51) Jahre alt; 648 (von 2200) Individuen hatten geboren, ein oder mehrere Male.

Und in noch höherem Grade ist dasselbe bei den anthropoiden Affen der Fall, bei denen nicht nur die Schamlippen mit ihrer Haarbekleidung, sondern auch der Mons veneris stark reduciert sind,[9] ohne doch selbst bei den niedrigst stehenden Affen (Hapale, Lemur) ganz zu verschwinden.[10]

Bei Virgines und im ganzen bei jungen Individuen schliefsen die Schamlippen enger als bei deflorierten und älteren aneinander. Bei zunehmender Fettigkeit werden sie auch voller; bei eintretender Abmagerung sowie mitunter auch nach mehreren Geburten werden sie schlaffer, mehr hängend und zeigen öfter der Länge nach gehende Runzeln und Furchen.

Je nach der verschiedenen individuellen Inklination des Beckens schaut die auch in der Länge etwas variierende Rima pudendi etwas mehr nach oben, nach vorne oder nach unten; in diesen Beziehungen giebt es nicht ganz geringe individuelle Verschiedenheiten. Die hie und da anzutreffende Angabe, dafs die Rima in den Tropen mehr nach vorne, unter den kälteren Himmelsstrichen mehr nach hinten liegen solle, ist sicherlich unbegründet. Dagegen spielen Racenunterschiede hier vielleicht eine Rolle, und verschiedene Angaben scheinen darauf hinzudeuten, dafs die Rima bei den niedriger stehenden Völkern und Stämmen eine mehr nach hinten strebende Lage haben.

Während die Haut der Schamlippen an der Innenseite fast nur mit Talgdrüsen versehen ist, ist sie an der Vorder- und Aufsenseite haarbekleidet, und zwar meistens stark. Dieses Haarkleid der Lippen (Hebe, Ornamentum loci (Galen), Velum pudicitiae, Pubes, Puberale, gynaecomastix) zeigt bei vielen Individuen ganz deutlich seine Entstehung aus mehreren, von verschiedenen Seiten konvergierenden Haar-„Strömen", wie solche durch die in diesem Punkte fast übereinstimmenden Untersuchungen von Eschricht (1837) und von Voigt (1857) nachgewiesen worden sind.[11] Von oben, von der Gegend des „Bauchkreuzes", steigen die konvergierenden mittleren Bauchströme hinab und treffen mit den inneren aufsteigenden Schenkelströmen zusammen, welche sich nach innen auf den obersten Teilen der Schamlippen fortsetzen und den nach innen

---

[9] Bischoff, vergl. anatomische Untersuchungen über die äufseren weiblichen Geschlechts- und Begattungsorgane der Menschen und der Affen. *Abhdl. d. k. bayr. Ak. d. Wissensch.* II. Cl. XIII. B., II. Abt. 1879. pag. 233—267. Taf. I—VI.

Bischoff, Über die äufseren weiblichen Geschlechtsteile der Menschen und der Affen. L. c. XIII. Bd. III. Abt. 1880. Mit Taf. (Gorilla).

[10] Klaatsch, Über embryonale Anlagen des Scrotums und der Labia majora bei den Arctopitheken. *Morphol. Jahrb.* XVIII, 2. 1892. pag. 383.

[11] Eschricht, Über die Richtung der Haare am menschlichen Körper. *Joh. Müllers Arch.* 1837. pag. (57—62) 59. Mit Taf. III u. IV.

Eschricht, Om Haarenes Retning paa det mennesk. Legeme. *Bibl. f. Læger.* XXVIII. 1838. pag. (1—39) 34. Mit 3 Taf.

C. A. Voigt, Über die Richtung der Haare am menschlichen Körper. *Denkschr. d. Wien. Akad. d. Wissensch.* XIII. 1857. Mit 2 Taf. (pag. 12—13).

konvergierenden Leistenströmen begegnen. Zu diesen von oben, von aufsen und von unten kommenden Haarströmen kann sich dann noch ein als kurzer Dammstrom jederseits aufsteigender Strom anschliefsen. Die Clitorispartie bildet den Konvergenzpunkt in diesem Haarkleide der Schamgegend, und die Haarströme sind alle gegen diese Partie gerichtet.

Diese in dieser Weise gebildete Haarbekleidung ist meistens, besonders bei brünetten Individuen, recht reichlich; in der Regel nach oben ziemlich scharf quer über den Mons veneris begrenzt und reicht nach aufsen nur wenig über die Schamlippen hinaus, nach unten fast nur bis an die Mitte der Seiten des Dammes. Es kommen aber Fälle vor, in welchen die dann immer starke Schambehaarung in der bei Männern so häufigen Form, mit einem in der Regel ziemlich schmalen, nach oben gegen den Nabel hinauf zugespitzten Fortsatz auftritt. Diese maskuline Form der Behaarung ist im ganzen nicht recht häufig, wie öfter auch angegeben.[12] Rothe dagegen scheint sie nicht so selten gesehen zu haben, unter 1000 fast ausschliefslich norddeutschen Frauen 42 Mal; nur bei 20 war aber die Behaarung stärker ausgeprägt, sich als ein Dreieck nach oben gegen den Nabel aufstrebend, entwickelnd; bei den übrigen zeigte sich die Linea alba nur etwas behaart.[13] Lombroso zufolge kommt diese maskuline Form der Behaarung noch häufiger bei normalen italienischen Frauenzimmern vor, bei 5% (bei 10% dagegen der Verbrecherinnen).[14] Ausgeprägt habe ich diese Form bei Frauenzimmern dänischer Nationalität bei weitem nicht so häufig wie Rothe gesehen. Unter den in den letzten, etwa zwei Jahren, in das Vestre-Hospital eingelegten 5—600 öffentlichen Frauenzimmern ist diese Variante ausgeprägt nur bei 6 Individuen vorgekommen, und nur bei 10 von 2200 jungen Individuen der geheimen Prostitution. Bei einer im ganzen ziemlich geringen Anzahl fand sich noch eine wenig auffallende Behaarung der Linea alba, von dem normalen Verhältnis wenig abweichend. Mit Ausnahme von dreien waren alle jene (16) Individuen brünett, mit stark entwickelten Kopf- und Achselhaaren, und bei den allermeisten (14) war das Puberale auch stark nach aufsen vorgeschoben und nach unten gegen den Anus. Die Untersuchungen Rothes haben für die von ihm untersuchten (norddeutschen) Frauenzimmer ein etwas anderes Resultat ergeben; bei denselben fand sich sowohl bei

---

[12] „Bei Frauen kommt dies bei sonst starker Behaarung auffallenderweise nie vor. Am oberen Rande des Mons veneris findet bei ihnen ausnahmslos die strenge absolute Begrenzung der Schamhaare statt." Hildebrandt, Über abnorme Haarbildung. Mit 2 Taf. 1878. pag. 2. (*Schr. d. phys.-ökonom. Gesellsch.* XIX. 1878.)

Bartels hat in seinen verschiedenen Arbeiten über Hypertrichose u. s. w. schon gegen die apodiktischen Äufserungen von Hildebrandt protestiert.

[13] Rothe, *Untersuchungen über die Behaarung der Frauen.* Berl. Dissert. 1893. pag. 67—72.

[14] Lombroso, *L'uomo delinquente.* 4ta ediz. 1889. I. pag. 267.

der Augenfarbe als noch viel mehr bei den Haaren ein Überwiegen der Hellfarbenen.[15]

Häufiger als die vorige kommt eine andere Variante vor: eine Ausdehnung des Puberale nach den Seiten, in die Leisten hinein, mitunter bis an die Spina ilei anterior und auf den oberen Teil der Schenkel, nicht selten (bei 20) in Verbindung mit sehr starkem Haarwuchs längs den Seiten des Dammes bis an den Anus. Diese Varietät ist hier unter den oben genannten 5—600 Dirnen bei 50 vorgekommen, und von denselben waren 27 brünett. Bei 108 der erwähnten 2200 Individuen der geheimen Prostitution wurde dasselbe Verhältnis gesehen, und von diesen waren 60 brünett. Bei den allermeisten aller dieser Individuen waren das Kopfhaar (oft auch die Augenbrauen) und die Achselhaare stark entwickelt. Nicht wenige schienen in hohem Grade libidinös. Rothe scheint diese Varietät häufiger gesehen zu haben, bei 146 von 1000 Individuen oder bei 14,6% derselben gegen die etwa 5% im Vestre-Hospital (bei nicht-öffentlichen Dirnen) gesehenen.[16] In der Untersuchungsreihe von Rothe fällt auch ein geringer Überschufs auf die Dunkeläugigen und die Dunkelhaarigen.

Im Gegensatze zu diesem reichen und überreichen genitalen Haarkleide steht das sehr sparsame, das nicht allein bei ganz jungen (15—18jährigen) Individuen mit geringerer Entwickelung der Schamlippen gesehen werden kann, sondern auch bei älteren und vollentwickelten vorkommt, meistens bei Blondinen. Solchem sparsamen Puberale schliefst sich fast immer eine ebenso arme Behaarung der Axillen an; das Kopfhaar dagegen ist oft recht reichlich; Ausnahmen kommen ja nach beiden Richtungen vor. Von den oben genannten (5—600) öffentlichen Dirnen zeigten nur sieben diese Varietät, und von denselben waren fünf Blondinen; die Axillarhaare waren bei allen sparsam, das Kopfhaar aber reichlich. Von den 2200 Individuen der heimlichen Prostitution boten 148 ein recht sparsames Puberale dar, und bei sechs ganz jungen Blondinen war die ganze Gegend fast oder ganz kahl. Von diesen 154 Individuen waren 122 blond (davon 14 rothaarig). Von denselben 154 hatten 72 gutes und oft auch dichtes Kopfhaar.[17]

---

[15] Rothe, l. c. 1893. pag. 71.

[16] Fr. Rothe, l. c. 1893. pag. 73—75, 104.

Bei Untersuchungen wie diesen hier, wo es sich um etwas mehr oder weniger über das Normale hinaus handelt, hängt so viel von der Schätzung des Normalen ab. Rothe scheint ganz geringe Überschreitungen mitgenommen zu haben, ich nur die mehr bedeutenden. Daher der Unterschied in unseren Angaben.

[17] Rothe (l. c. 1893. pag. 77) erwähnt nur einen einzigen Fall von Kahlheit des Mons und der Labia, bei einer sehr ausgeprägt blonden 20jährigen Frau.

In ganz einzelnen Fällen ist ein angeborener, so zu sagen vollständiger Haarmangel beobachtet worden, in der Art, dafs das Haarkleid auf einige Cilien reduciert war. Vergl. Bonnet, Über Hypotrichosis congenita universalis. *Merkel u. Bonnet, Anatom. Hefte.* I. 1892. pag. 251.

Bei jungen Mädchen beginnt die Entwickelung des Puberale mit dem Erscheinen von Haaren median am Mons und am Rande der Labia. In Übereinstimmung hiermit ist das entwickelte Puberale auch später an beiden Stellen am dichtesten und stärksten gegen die Mittellinie; nur in Fällen, in welchen durch starkes Vortreten der Vorhautpartie eine Einsenkung unten am Schamberge gebildet wird, ist das Haarkleid dort mitunter schwächer. Nach aufsen, gegen die Seitenränder des ganzen Puberale, mitunter auch ganz oben am Schamberge ist das Haarkleid etwas dünner und schwächer. Die Haare scheinen in dieser ganzen Schamgegend in der Regel gleichmäfsig verteilt und nicht (wie dagegen immer an der Kopfschwarte) in durch ganz schmale Zwischenräume geschiedene Gruppen geordnet; doch kommt dieses Verhältnis ab und zu auch hier (wie in den Axillen) vor, so wie man auch mitunter hier mehrere Haare aus einem gemeinschaftlichen Haarsacke hervortreten sehen kann. Die Dichte des Haarkleides variiert nicht wenig; bald bildet es nur einen flachen, mitunter krausen Rasen, bald einen dichten, hohen und üppigen Busch. Withof (1750) zufolge sollen in der Schamgegend 34 Haare auf „1/4 Zoll rheinischen Fufs" gezählt werden können (am Scheitel dagegen 293).[18] Jahn giebt die Anzahl noch höher an, in der Regio pubica zählte er 45 (am Scheitel 321).[19] Hier im Spitale hat eine so dichte Behaarung sich kaum konstatieren lassen, und dieselbe ist bei einzelnen und doch nicht immer besonders haararmen Individuen bis zu 20—10 auf 1 qcm herabgegangen.[20]

Die Länge der Geschlechtshaare ist etwas variabel, im ganzen sind sie vielleicht ein wenig kürzer als bei dem Manne. Dieselbe beträgt meistens etwa 3—5 cm, kann aber, besonders in starken Locken, bedeutender sein, bis 9—10 cm steigen. Fälle von noch beträchtlicher Länge sind hier nicht vorgekommen und scheinen überhaupt sehr selten beobachtet. Jahn hat eine Frau entbunden, deren Schamhaar länger als das Kopfhaar war und bis unterhalb der Knien reichte.[21] Paulini hat[22] ein weibliches Individuum gesehen, deren Schamhaare auch an die Knie reichten und für Perücken-Anwendung verkauft wurden. Und Bartholin

---

[18] Withof, *Diss. de pilo humano.* I. II. Duisburg. 1750. 1752.
So werden die zwei Abhandlungen von den Verfassern citiert. Diese in Duisburg (die Universität wurde später nach Bonn verlegt) erschienenen Dissertationen scheinen sehr selten geworden zu sein; sie finden sich nicht in der grofsen königl. Bibliothek von Berlin und sind nicht antiquarisch aufzutreiben gewesen.

[19] Jahn, *Der Haararzt.* I. 1828. pag. 71.

[20] Die Talgdrüsen öffnen sich ja in die Haarsäcke; Martin und Leger (Rech. sur l'anat. et la pathol. des appar. sécrét. des org. génit. ext. chez la femme. *Arch. génér.* 1862. I. pag. 71, 80. Fig. 1) zählten an der Aufsenseite der Schamlippen 20—30 auf 1 qcm.

[21] Jahn, *Der Haararzt.* I. 1828. pag. 77.

[22] Schurig, *Muliebria.* 1729. pag. 26.
(Eble, *Die Lehre von den Haaren.* II. 1831. pag. 37.)

berichtet von einer dänischen Soldatenfrau, deren Puberale so lang war, dafs es am Rücken zusammengeflochten werden konnte.[23] Brantôme endlich bespricht einen Fall, in welchem die Schamhaare gleichsam eine lange Moustache bildeten.[24] Es kann daher auch absolut nicht wundern, dafs in einzelnen Fällen am Puberale eine Plica, ein „Weichselzopf", sich hat entwickeln können.[25]

Die Farbe der Geschlechtshaare stimmt in der Regel so ziemlich mit der des Kopfhaares, ist bei den Brünetten dunkler, bei den Blondinen blond; gewöhnlich sind sie doch dunkler als die Kopfhaare, in Farbnuance am öftesten zwischen den Augenbrauen und den (durch Einwirkung vom Schweifs oft mehr oder weniger gebleichten) Axillarhaaren. Blondinen mit dunklen oder schwarzen Augenbrauen haben meistens ein dunkles oder schwarzes Puberale, sowie starke Augenbrauen in der Regel eine starke Entwickelung dieser Haare verraten. Mitunter werden die Haare der Lippen bleicher als die am Mons gesehen, was wohl von der Einwirkung von Urin, Menstruation, Leukorrhoe u. dergl. herrühren mag. — Die Geschlechtshaare ergrauen in der Regel spät und meistens am spätesten von allen Haaren, was schon Aristoteles bekannt war.[26] Zuerst scheinen die Haare der Lippen zu ergrauen. Hier im Spital ist das Puberale doch bei einzelnen früh ergrauenden (öffentlichen) Frauenzimmern stark grau gemischt gesehen. Die Pubes verdünnen sich auch erst spät, und das Puberale bleibt dann in solchem ausgedünnten Zustande fast immer bis in das höchste Alter, selbst bei sonst sehr bedeutendem Haarausfall am Kopfe. Eine bedeutende Verdünnung des Puberale kann, obgleich sehr selten, bei Syphilis beobachtet werden,[27] wird aber, wie die meisten anderen luetischen Defluvien, ersetzt. Ein einzelnes Mal ist hier eine (bleibende) kleinere Alopecia areata gesehen worden.

Die Geschlechtshaare sind also im ganzen ziemlich dicht stehend, nicht recht lang (meistens ein wenig kürzer als beim Manne), aber recht kräftig (meistens ein wenig dicker als beim Manne). Die Dicke der

---

[23] Th. Bartholin, *Hist. anat. rar.* Cent. I. 1654. hist. XLIII. (pag. 69). „Crines pubis tam habuit prolixos, ut pone tergum potuerint complicari."

[24] Oeuvres de Brantôme. Nouv. éd. 1740. II. pag. 360 (363).

[25] Schurig, *Muliebria.* 1729. pag. 27.
(Eble, l. c. II. 1831. pag. 351.)

[26] Aristoteles, *Hist. des anim.* Ed. Camus. 1783. I. liv. III, 11. pag. 145. — Vergl. Brantôme, l. c. III. pag. 200.

[27] R. Bergh, *Ber. om Alm. Hosp.* 2 Afdel. i 1866, pag. 50; i 1867, pag. 38, 42; i 1869, pag. 41; i 1872, pag. 53; i 1876, pag. 31; i 1880, pag. 29, 31; i 1881, pag. 27. — Vestre Hosp. i 1886, pag. 27; i 1887, pag. 31; i 1888, pag. 28; i 1892, pag. 27.
Unter 2171 (823 + 1348) von 1866—1893 inkl. hier beobachteten syphilitischen Frauenzimmern haben in allem nur 13 ein ausgeprägtes Defluvium im Puberale gezeigt, fast immer mit ähnlichem in den Axillen vergesellschaftet; bei einem Individuum wurde nur das Puberale enthaart, während das Haarkleid übrigens ganz unbehelligt war.

dunklen Haare ist in der Regel ein wenig stärker als die der hellen. Der Diameter wird gewöhnlich zu etwa 0,1—0,15 mm (beim Manne zu etwa 0,11—0,12 mm) angegeben;[28] aber die Dicke variiert ziemlich. Hier im Spitale sind lange (helle und dunkle) Haare von einem Durchschnitte von 0,045—0,06 und andere, besonders dunkle, von einem Diameter bis 0,20 mm gesehen. Die Haare sind meistens ein wenig applaniert, somit von elliptischem Durchschnitt. Wegen Einwirkung von Urin, Menstrualblut u. dergl., sowie von grobem Waschen und Reiben wird das Haarepithel oft beschädigt gefunden und die Oberfläche des Haares uneben, etwas zerzaust[29] und ein wenig knotig (Scissura pilorum, Trichoptilosis, Trichorrhexis nodosa), sowie mitunter auch Pilzbildungen mehr oder weniger verbreitet, an denselben gesehen werden.[30] Die Haare, die hellen wie die dunkeln, sind teils marklos, teils und meistens markhaltig, und die Breite des Markes ist meistens, oder wenigstens häufig ein wenig gröfser (0,02 mm) als beim Manne.

Die Geschlechtshaare sind seltener schlicht, fast immer gebogen, kraus, oder mehr oder weniger ring- oder spiralartig eingerollt; sie bilden ganz allgemein kleinere oder gröfsere Locken. Das Dasein von solchen Locken in der Gegend des Schamhügels ist also äufserst häufig und zwar besonders an der Mittelpartie, an den Lippen dagegen treten sehr selten stärkere Locken auf. Ziemlich häufig zeigt sich symmetrisch an jeder Seite der Einsenkung gegen die Vorhautpartie eine starke, meistens gegen aufsen aufgerollte Locke oder ein paar von solchen; viel seltener kommt eine ähnliche symmetrisch unten an den Lippen vor. Stärker entwickelt traten solche Locken bei 78 der erwähnten 2200 Individuen auf, und von denselben waren die 38 Brünetten oder sehr dunkle Blondinen; bei acht derselben ähnelte das Puberale einer grofsen Lockenperücke, sich bis an die Spinae erstreckend.[31] Bei einer geringeren Anzahl von Individuen sind die Haare wenig lockig, mehr schlicht oder nur gebogen, besonders an dem mittleren Teile des Schamhügels und am inneren Teile der Lippen, fast alle nach innen gegen die Mittellinie gerichtet und gleichsam eine Art von dickem, unten breiterem, meistens nach oben etwas gebogenem Kamm oder aufrechte Mähne bildend, die vom unteren Teile des Mons hervorragt und sich eine Strecke nach unten als eine Art von Decke für die Rima pudendi fortsetzt. Mitunter ist nur der obere Teil dieses

[28] Pfaff, *Das menschliche Haar*. 1866. pag. 2—3.
Waldeyer, *Atl. d. menschl. u. tier. Haare*. 1884. pag. 127, 129. (Taf. XI. Fig. 130 bis 133).

[29] Pfaff, l. c. 1866. Taf. X. Fig. a, b, c; de. Vergl. Taf. XII.

[30] Vergl. Waldeyer, l. c. 1884. Taf. XII. Fig. 170.

[31] In der Zeit des französischen Königs Karl IX. gab es Damen, die die Pubes künstlich kräuseln liefsen und die Locken mit karmesinroten Bändern zierten (vergl. Brantôme, *Oeuvres*. II. pag. 363). Heutzutage kommt solches nur ganz ausnahmsweise vor und ist sehr raffinierten Courtisanen reserviert.

Kammes entwickelt, dann einen, meist starken, dicken und nach oben, seltener nach unten gebogenen Schopf bildend. Ausnahmsweise findet sich oben, in der Gegend des obersten Teiles der Rima, an jeder Seite des Kammes oder des Schopfes eine Locke. Sehr ausgeprägt kam diese Kamm- und Schopfbildung bei 58 der erwähnten 2200 Individuen vor, von welchen 38 Blondinen waren. Noch dazu wurde bei fünf anderen Individuen auch eine starke Entwickelung der median stehenden Haare gesehen, welche aber nach aufsen gebogen waren, und die Rima lag im Grunde dieser Einfassung.[32]

Die Geschlechtsgegend ist bei den anthropoiden Affen nicht besonders stark behaart. Die so viel stärkere Entwickelung des Puberale beim Menschen steht wohl mit dem aufrechten Gange desselben in Verbindung, sowie mit der Stellung, welche derselbe im Connubium einnimmt. Das Puberale mufs eine Irritation der Genitalien durch herabrieselnden Schweifs verhindern, sowie die Haut selbst vor direkter Reibung während des Connubiums schützen können.[33]

Dafs eine frühe geschlechtliche Entwickelung von einer frühen starken Entwickelung der Geschlechtshaare begleitet wird, ist eine zuverlässige Erfahrung, während die vielleicht noch ältere[34] und später öfter wiederholte[35] Angabe, dafs Weiber mit schwach entwickeltem oder fehlendem Puberale fast immer steril wären, ganz unrichtig ist.

Die orientalischen Völker scheinen dieses „Ornamentum loci" nicht zu würdigen, und ihre Weiber entfernen noch dasselbe durch depilatorische Mittel. Ein türkischer Arzt (Dr. M. Hodara) hat mir mitgeteilt, dafs es in Konstantinopel, und zwar bei Weibern der verschiedensten Nationalitäten und aller Stände, einfach zur dortigen Körperpflege gehört, bei Gelegenheit des Reinigungsbades alle vier Wochen das Depilatorium

---

[32] Die Geschlechtshaare scheinen teilweise steif und borstenartig und dann dem Connubium hinderlich werden zu können. Vergl. Brantôme, *Oeuvres.* II. pag. 379 Schurig, *Muliebria.* 1729. pag. 25—26.

Auch Rothe (l. c. pag. 66) scheint, und zwar bei einem 10jährigen Mädchen straffe, „starrende" Haare an den Lippen gesehen zu haben.

[33] Robinson hat in seinen Artikeln über „Darvinism in the nursery" (*Nineteenth Cent.* Nov. 1891) und über „infantile Atavism" (*Brit. med. Journ.* 5. Dez. 1891 pag. 1226—1227. w. Figs.) auf die eigentümliche Stärke der Greifmuskeln kleiner Kinder aufmerksam gemacht und betrachtet dieselbe als Vererbung von den (auf Bäumen lebenden) Affen. Von der Erfahrung ausgehend, dafs die neugeborenen oder noch ganz jungen Affen sich an die Mutter, wenn dieselben plötzlich ihre beiden Arme brauchen müssen, durch Anpacken ihres Haarkleides anhängen, meint Robinson nun (On a possible obsolete function of the axill. and pubic hair tufts in man. *Journ. of anat. and physiol.* XXVI. 1892. pag. 254—257), dafs das Haarkleid der Axillen und der Schamgegend ursprünglich diesem Zwecke gedient haben wird und deshalb auch erst mit der Pubertät zur Entwickelung kommt!

[34] Aristoteles, *Hist. des anim.* Ed. Camus. 1783. I. liv. III, 11. pag. 147.

[35] Vergl. Jahn, *Der Haararzt.* I. 1828. pag. 131.

anzuwenden.[36] Bei einzelnen Negerstämmen ist es Gebrauch, daſs die jungen und unverheirateten Frauenzimmer die Geschlechtshaare rasieren und erst nach der Heirat frei wachsen lassen.[37] Bei verschiedenen Stämmen der Inseln des Südmeeres ist es Sitte, bei eintretender Pubertätszeit die äuſseren Genitalien und ihre Umgebungen zu tättowieren.[38] Bei europäischen Frauenzimmern wird jedenfalls, und noch dazu aus ganz anderen Gründen, nur die Regio suprapubica tättowiert, und zwar ganz selten und fast nur bei Prostituierten; hier im Spitale ist nur ein einziges Mal und erst kürzlich eine solche (Namens-)Tättowierung gesehen.[39] Bei Weibern der bis vor nicht lange in Ruſsland so verbreiteten Sekte der Skopzen wurde (mitsamt Nymphe und Clitoris) oft der oberste Teil der Lippen weggenommen.[40]

Die zwischen der Vulva und dem Anus liegende Partie ist der Damm (Perineum, Interfemineum, Interforamineum).[41] Im ganzen ist diese Partie ziemlich kurz; die Länge variiert zwischen etwa 22 und 40 mm; sie hängt selbstredend wesentlich von der Inklination des Beckens und der daraus folgenden Lage der Rima mehr nach vorne oder nach hinten, danach auch von der Länge der Rima ab. Die Breite des Dammes wird wesentlichst von dem bei den verschiedenen Individuen mitunter nicht wenig verschiedenen Abstande zwischen den Tuberositates ischii bedingt. Der Damm ist von keilartiger Form, mit der Spitze nach hinten sich gegen die Analgrube kehrend. Die beim Manne meistens so deutlich vortretende mediane Raphe, welche ja durch Verwachsung von zwei paarig angelegten embryonalen Bildungen entsteht,[42] ist immer viel weniger ausgeprägt und oft gar nicht sichtbar. Wenn der Damm einigermaſsen breit ist, zeigt er sich mitunter ziemlich flach, meistens dann in der Mitte vertieft oder mehr nach vorne hinter dem Frenulum (nympharum). Ziemlich häufig bildet er eine mehr oder weniger tiefe Furche zwischen zwei mehr oder weniger ausgeprägten Falten, die von den Lippen oder

[36] Dieses Mittel, Sirnik genannt (Auripigment?), ist ein gelbes Pulver, welches mit gebranntem Kalk von den Badefrauen, zu einer Pasta verrieben, gereicht wird. Nach ¼ Stunde und etwas beginnendem Brennen abgewaschen, hat es stets seine Dienste gethan.

Vergl. Ploss, *Das Weib in der Natur- u. Völkerkunde.* 2. Aufl. v. M. Bartels. 1887. I. pag. 166—168.

[37] Monrad, *Bidr. til en Skildring af Guinea-Kysten og dens Indbyggere.* 1822. pag. 57.

[38] W. Joest, *Tättowieren.* m. 12 Taf. 1887. Fol. pag. 56—57, 65, 76, 87, 89.

[39] R. Bergh, Über Tättowierungen der Prostituirten. *Diese Zeitschrift.* XII. 1891. pag. 210.

Lombroso e Ferrero, La donna delinquente. sec. ediz. 1894. pag. 549.

Lacassagne, Les tatouages, *ét. anthropolog. et médico-légale.* 1881. pag. 102.

[40] Pelikan, *Geschichtlich-medis. Unters. üb. das Skopzenthum in Ruſsland.* mit 16 Taf. 4. Tom. 1876. pag. 78. Tab. XIII.

[41] Die Benennung Perineum wird von *πήρα,* scrotum, abgeleitet, und *περίναιον* mit seinen bei den verschiedenen griechischen und römischen Verfassern

von den Nymphen ausgehen, den Damm abgrenzend, nach hinten verlaufen und sich meistens mehr oder weniger nach vorne verbinden und eine mediane Falte bilden, die sich in die Analgrube hinein fortsetzt. Wenn diese Vereinigung ganz vorne vorgeht, wird, wie oben erwähnt, eine Art Navicula inferior gebildet. Unter den oft genannten 2200 Individuen wurden solche Faltenbildungen sehr ausgesprochen bei den 185 gesehen, aber nur bei den 120 symmetrisch durch zwei meistens nach hinten konvergierende und verschmelzende Falten gebildet; bei den 39 war die Falte nur an der linken, bei 26 an der rechten Seite entwickelt. Die Haut des weiblichen Dammes ist weniger verschiebbar als diejenige beim Manne. Das Perineum ist bei Weibern sozusagen fast immer ganz nackt, aber mitunter ziemlich reichlich mit Talgdrüsen ausgestattet. Bei Individuen mit starkem, besonders in der Breite entwickeltem Puberale setzt sich dasselbe, wie erwähnt, meistens nach hinten fort und bildet eine haarige Einfassung des Dammes, welche sich nicht selten weiter in die Analgrube hinein fortsetzt. Eble und andere Verfasser haben mit Unrecht eine solche Behaarung der Analgrube beim Weibe verneint, die aber, wenn auch weniger häufig als beim Manne vorkommend, ebenso stark wie bei diesem sein kann.

Aus dem dermo-syphilopathischen Institute der königl. Universität Neapel, geleitet von Prof. T. de Amicis.

Neuer experimenteller Beitrag zum Studium des Erythrasmas.

Zweite Mitteilung, vorgetragen am XI. Internationalen Medizinischen Kongresse in Rom.)

Von

Dr. A. Ducrey und Dr. A. Reale,
Sekundärarzt. Assistent.

Unter dem Titel „*Beitrag zum Studium des Erythrasmas; klinische und experimentelle Untersuchungen etc.*“ (Neapel, de Angelis Bellisario. 1893) erklärten wir in einer früheren Mitteilung, dafs die aus Läsionsflecken ent-

---

etwas verschiedenen Bedeutungen bezieht sich doch hauptsächlich auf männliche Individuen. Hyrtl (*Handb. d. topograph. Anat.* II. 1853. pag. 137. — Hyrtl, *Onomat. anat.* 1880. pag. 275—276) hat daher mit Recht die für Männer, wie für Weiber gleich passende Bezeichnung Interfemineum, die zwischen den Schenkeln liegende Partie, durchzuführen versucht.

R. de Graaf (De mulierum organis generationi inservientibus. 1672. pag. 9.) braucht auch die Benennung Interforamineum.

[42] P. Reichel, Die Entwickelung des Dammes etc. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* XIV. 1888. pag. 82—94. Taf. I.

Vergl. O. Hertwig, *Lehrb. d. Entwicklungsgesch. d. Menschen u. d. Wirbeltiere.* 4. Aufl. 1893. pag. 867. Fig. 251d.

nommenen Schuppen der von uns untersuchten Fälle von Erythrasma in ganz unverkennbarer Weise sehr dünne Mycelfäden und kleinste Sporen, oft in grofser Menge, enthielten, welche nach der allgemeinen Ansicht das Mikrosporon minutissimum charakterisieren; ferner, dafs es uns nach zahlreichen Übertragungen der Schuppen auf besondere Nährböden und durch successive Isolierung gelang, Reinkulturen des Pilzes zu züchten, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung von den in den Schuppen gefundenen nicht unterscheiden liefsen. Obschon es nun aus der blofsen morphologischen Betrachtung ihrer Elemente unmöglich gewesen wäre, für jeden der gezüchteten Pilze besondere charakteristische Unterscheidungszeichen festzustellen, mufsten andererseits mit Rücksicht auf ihre biologischen Verhältnisse drei Varietäten unterschieden werden, die wir als *a*-, *b*- und *c*-Pilz bezeichneten.

Inokulationsversuche mit den Kulturen auf den Menschen, zum Nachweise, ob jene befähigt wären, die klinische Form des Erythrasmas zu reproducieren, ergaben keine befriedigenden Resultate. Auch in den beiden Fällen, in denen die Kulturen des *a*- und *b*-Pilzes eine Wiedererzeugung der Form anzudeuten schienen, von der in unserer früheren Arbeit die Rede ist, erkannten wir, dafs es, vor der Fällung eines definitiven Urteils, notwendig wäre, längere Zeit den Entwickelungsphasen des inokulierten Materials zu folgen.

Seit unserer ersten Mitteilung haben wir die Kulturversuche mit anderen Erythrasmafällen häufig wiederholt und haben stets dieselben drei Pilzvarietäten mit dünnen Mycelfäden und kleinsten Sporen gewonnen. Nur mufs hinzugefügt werden, dafs sich beim *a*-Pilze, zumal bei Kulturen auf Kartoffeln und ausschliefslich in deren letztem Entwickelungsstadium, manchmal eine Veränderung in der Färbung der Staubschicht erkennen liefs. Statt der gewohnten metallgrauen ins Braune spielenden Farbe hatte sie nämlich mehr diejenige einer feingepulverten Mischung von Zucker und Zimmet angenommen.

Der Kürze halber übergehen wir die Krankengeschichten der Patienten, welche diesen neuen Untersuchungen zu Grunde liegen, und erklären nur, dafs bei denselben die Läsionen ganz typische waren mit beinahe ausschliefslichem Sitze in der Inguinoskrotalgegend. In einem einzigen Falle sahen wir, aufser in der genannten Region, auch je eine grofse Plaque in jeder Achselhöhle.

Bezüglich der Inokulationsversuche auf den Menschen hat die weitere Beobachtung der Individuen, die schon früher zu diesem Zwecke gedient hatten, mit Einschlufs derjenigen, bei denen sich eine gewisse Anwurzelung wahrnehmen liefs, gezeigt, dafs von einem positiven Resultate nicht die Rede sein konnte, wenigstens bis heute nicht. Kein besseres Resultat lieferten die zahlreichen späteren Kulturversuche mit denselben Pilzen,

trotzdem wir die Bedingungen in der zum Gelingen der Experimente geeignetsten Weise abgeändert hatten. In Anbetracht des negativen Erfolges übergehen wir hier deren nähere Beschreibung.

Behufs Kontrolle mufsten wir notwendigerweise in erster Linie zu erfahren suchen, ob sich unter physiologischen Verhältnissen auf der menschlichen Haut ähnliche Pilze befänden, wie diejenigen, die wir beim Erythrasma untersuchten, und ob sie mit diesen sowohl durch ihre Schuppenbildung bei der mikroskopischen Untersuchung als in ihren Kulturen auf künstlichen Nährböden übereinstimmten. Ferner mufste untersucht werden, ob diese spezifischen Mikrophyten auch in solchen Hautregionen neben dem Mikrosporon furfur, dem Trichophyton tonsurans und dem Achorion Schönleinii gefunden werden konnten, welche von einer der gewöhnlichen Dermatomykosen (Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans, Favus) besetzt waren.

Bei der Untersuchung der normalen Haut schien es uns wichtig, das zu untersuchende Material von verschiedenen, um ihre körperliche Reinlichkeit mehr oder weniger bekümmerten Leuten zu gewinnen, und zwar von verschiedenen Körpergegenden, sowohl solchen, die gewöhnlich Sitz des Erythrasmas sind (innere Oberschenkelfläche, besonders an der Berührungsstelle mit dem Scrotum), als anderen (Arme, Brust, Rücken etc.). Bezüglich der beim Gewinnen des Materials, bei der mikroskopischen Untersuchung und den Kulturen befolgten Technik verweisen wir, zur Vermeidung unnützer Wiederholungen, auf unsere frühere Mitteilung, da wir in genau derselben Weise verfuhren.

Wir konnten nun folgendes beobachten:

In einigen von den zahlreichen Präparaten von Schuppen aus gesunder Haut, und zwar ganz besonders in solchen, welche von Produkten aus der Inguinoskrotalgegend herrührten, konnten wir das Vorhandensein rundlicher, sehr kleiner Elemente nachweisen, welche Kokken ähnlich sahen, von verschiedener Gröfse und mehr oder weniger zahlreich vertreten, mäfsig lichtbrechend, isoliert oder in kurzen Ketten angeordnet, noch häufiger in einer mehr oder minder grofsen Anzahl gruppiert waren. Sehr selten und ausnahmsweise gelang es uns, einige kurze und dünne Mycelfäden zu finden.

Aus der blofsen mikroskopischen Untersuchung wäre es nicht möglich gewesen, zu entscheiden, ob sich unter jenen rundlichen Körperchen auch Sporen befänden, noch weniger, ob sie jener Pilzvarietät eigen wären, die wir früher beim Erythrasma gefunden hatten; die definitive Beantwortung dieser Frage mufste in den Kulturen gesucht werden, deren eine ganze Reihe angelegt wurden. In der That liefs sich auch mit Hülfe derselben in unzweifelhafter Weise feststellen, dafs sich aus den Schuppen von gesunder Haut, wenn auch spärlich, Mikrophyten entwickelten, welche in

ihren Eigenschaften dem von uns untersuchten *a*-, b- und *c*-Pilze entsprachen. Aus der vergleichenden Untersuchung der verschiedenen Körpergegenden geht hervor, daſs, unabhängig von dem individuellen Reinlichkeitszustande, die Inguinoskrotalgegend (zumal die Stelle, welche am häufigsten Sitz des Erythrasmas ist) gewöhnlich die gröſste Zahl von Kulturen im positiven Sinne liefert.

Über die morphologische und biologische Identität dieser aus normaler Haut gewonnenen Mikrophyten mit denjenigen aus Erythrasmaplaques brauchen wir uns, nach der sehr einläſslichen Beschreibung in unserer früheren Arbeit, nicht zu verbreiten.

Nur in betreff des *a*-Pilzes muſs bemerkt werden, daſs uns zuweilen bei Kulturen auf Kartoffeln ein groſser Unterschied in der Färbung der ersten Entwickelungsstufen des Pilzes auffiel.

Bei der Betrachtung einer Kolonie des *a*-Pilzes in seiner ersten Entwickelung sagten wir in unserer früheren Arbeit, daſs sie erscheine „in Gestalt einer winzigen rundlichen Erhabenheit, die nur sehr wenig die Oberfläche der Kartoffel überragt, von weiſser oder ganz schwach, kaum erkennbarer strohgelber Farbe ist und eine gleichmäſsige matte Oberfläche zeigt, welche bei der Berührung mit dem Platindraht die Beschaffenheit eines etwas trockenen Teiges aufweist. Nach 36 Stunden wird die gelbliche Färbung der kleinen Kolonie ausgesprochener, und am vierten Tage bedeckt sich diese mit einem schneeweiſsen, wie filzigen Überzuge."

Bei jener Abweichung von diesem Typus nun, die wir zu beobachten Gelegenheit hatten, giebt sich die Kolonie zuerst als kleine Erhabenheit von roter, rübenartiger (rote Varietät der Beta vulgaris) Farbe zu erkennen, welche in den nächsten Tagen noch mehr ausgesprochen wird. Betrachtet man eine reichlich besäte Kartoffel in einer vorgeschritteneren Entwickelungsperiode des Pilzes, so nimmt dieser das Aussehen einer sehr trockenen, gleichsam granulierten Pasta an, welche im groſsen und ganzen an stark eingekochte Weichselkirschenkonserve (von Prunus cerasus) erinnert. Später bedeckt sich diese rote Masse mit einer filzigen, feinen, schneeweiſsen Schicht, welche im weiteren Verlaufe die verschiedenen Abstufungen des Grau (vom Tauben- zum Metallgrau) durchwandert. Die Kartoffel selbst, welche bei der typischen Form des *a*-Pilzes „vom dritten Tage an nach und nach eine Bleifarbe annimmt", wird hingegen bräunlichrot, ähnlich wie die Kolonie selbst.

Zu bemerken ist, daſs der *a*-Pilz, der sich in genannter Weise auf Kartoffeln verändert, ursprünglich in Reagensglaskulturen auf Gersten-Agar gewonnen wurde, der mit Schuppen aus der Inguinoskrotalgegend bestreut war. Auf diesem Nährboden unterschied er sich in keinem seiner Entwickelungstadien vom typischen *a*-Pilze, wie wir ihn an anderer Stelle beschrieben haben.

Von Wichtigkeit ist die Beobachtung, die wir zuweilen bei den vielfachen Übertragungen auf Kartoffeln von der ersten, auf Gersten Agar entwickelten oder auch von der roten Kolonie (die von der ersteren abstammte) machen konnten: nämlich einen gewissen Grad von Abnahme in der Intensität der roten Färbung, die vom Ziegelroten zum Gelblichroten variierte. Dieselbe Farbveränderung geht an der Kartoffel vor. Nicht weniger interessant ist andererseits die Thatsache, dafs sich Kolonien in der Kondensationsflüssigkeit, welche dem Boden der Reagensgläser mit Kartoffelkulturen entnommen worden war, entwickeln und auf ihrer freien Oberfläche eine typische metallgraue Farbe annehmen, während der tiefere schwartenartige Teil keine Andeutung einer Rotfärbung zu erkennen gab. Dies geschieht auch in jenen Gläsern, in denen der Pilz auf Kartoffeln eine ausgesprochene rote Farbe zeigt.

Mit Rücksicht nun auf die Art und Weise, wie sich die ursprünglichen Kolonien entwickeln; auf die Abnahme der roten Färbung nach den verschiedenen Übertragungen auf Kartoffeln; auf die metallgraue Farbe, welche die Oberfläche der Kolonien in ihrer letzten Entwickelungsstufe annimmt; schliefslich auf das Aussehen der Kolonien, die sich in der Kondensationsflüssigkeit in den Gläsern mit Kartoffeln entwickeln: scheint uns ein genügender Beweis dafür geleistet, dafs von keinem neuen Pilze die Rede sein kann, dafs es sich vielmehr um eine einfache Modifikation des *a*-Pilzes handelt, wie wir sie soeben beschrieben.

Bei der Untersuchung der Kulturen von dieser roten Varietät des *a*-Pilzes auf den verschiedenen Nährböden, die wir in der früheren Mitteilung angegeben, konnten wir einzig auf schwach alkalisiertem Agar (wo auch der speckartige Teil der Kolonie eine grauliche Farbe zeigte) sehen, wie der Nährboden eine mehr oder weniger weichselkirschrote Farbe annahm.

Dies das Resultat der Untersuchung der Schuppen von gesunder Haut.

In den Schuppenpräparaten von Hautstücken, welche von Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans und Favus (herpetische Form) befallen waren, fand man aufser den Elementen der spezifischen Parasiten kleinste rundliche, isolierte oder verschieden gruppierte Gebilde, welche ähnlich wie Kokken aussahen, über deren Natur man sich aber erst nach dem Resultate der Kulturen ein Urteil bilden konnte. Für den Favus und den Herpes tonsurans ergaben dieselben nichts, was an das Mikrosporon minutissimum erinnerte; dagegen gelang es einige Male, solche mit Schuppen von Pityriasis versicolor zu kultiviren, und zwar waren es der *a*- und *c*-Pilz, die wir isolieren konnten; von dem ersteren speziell jene Form, welche in ihrer letzten Entwickelungsperiode eine an eine Mischung von Zucker und Zimmet erinnernde Färbung zeigt.

Mit den genannten, von Schuppen aus gesunder Haut oder aus

Pityriasisflecken gewonnenen Kulturen der beschriebenen Pilzvarietäten haben wir wiederholt Inokulationen auf den Menschen gemacht, aber stets mit negativem Erfolge.

Die Unmöglichkeit, mit Kulturen die klinische Form des Erythrasmas zu reproducieren, hat uns veranlafst, nachzuweisen, ob es nicht leichter wäre, auch durch Inokulationen des direkt an den erkrankten Stellen entnommenen Produktes auf gesunde Individuen positive Resultate zu erzielen. Die zahlreichen in diesem Sinne unternommenen Experimente beziehen sich selbstverständlich auf sicher konstatierte Fälle von Erythrasma, wobei die mikroskopische Untersuchung der Schuppen reichliche Mycelien und Sporen des Mikrosporon minutissimum ergeben hatte. Bei den Inokulationen wurden verschiedene Methoden befolgt: zuweilen wurden die pathologischen Produkte auf ganz gesunde Haut übertragen, in anderen Fällen war vorher die Haut mit sterilisiertem Bistouri oberflächlich abgeschabt worden nach sorgfältigster Reinigung der betreffenden Stelle. Vorzüglich wurde die Inguinoskrotalgegend hierzu verwendet.

Auch hier waren wir nie im stande, die Läsionen zu reproducieren.

Aus dem Gesagten geht hervor:

1. Dafs einerseits in den aus Erythrasmaflecken entnommenen Schuppen beständig kleinste Sporen und sehr dünne Mycelfäden mikroskopisch nachgewiesen werden können, welche dem Mikrosporon minutissimum entsprechen; dafs es aber andererseits nicht gelingt, in den Schuppen von gesunder Haut oder von Stellen, welche von den gewöhnlichen Dermatomykosen (Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans, Favus) befallen sind, mit Sicherheit die Gegenwart einer reichlicheren Menge jener Elemente zu entdecken.

2. Trotz der Ungewifsheit, in der uns die blofse mikroskopische Untersuchung läfst, gestattet das positive Resultat der Kulturen, mit Sicherheit zu schliefsen auf die Anwesenheit, auch in den Schuppen aus gesunder oder von Pityriasis versicolor afficierter Haut, von Elementen, welche befähigt sind, auf besonderen Nährböden kleinste Sporen und dünne Mycelfäden aufkeimen zu lassen.

3. Das biologische Studium dieser aus Schuppen von gesunder oder mit Pityriasis versicolor affizierten Haut in Reinkulturen gewonnener Mikrophyten gestattet die Annahme, dafs es sich um gerade dieselben Varietäten handelt, welche sich, einige geringfügige Unterschiede abgerechnet, auf Kulturen mit Erythrasmaschuppen entwickeln.

4. In den Kulturen von Schuppen von Herpes tonsurans und Favus (Herpesform) gelang die Aufkeimung von Pilzen mit kleinsten Elementen niemals.

5. Auch die Inokulationsversuche auf den Menschen mit Kulturen des *a*- und *b*-Pilzes, welche uns eine wahrscheinliche Reproduktion jener

Formen hatten erhoffen lassen, von denen in unserer ersten Mitteilung die Rede war, ergaben ein negatives Resultat.

6. Ebenso fielen alle unsere anderen Inokulationsversuche auf den Menschen negativ aus, die wir mit den Kulturen der drei Pilzvarietäten mit kleinsten Elementen unternahmen, sei es nun, dafs dieselben von Schuppen aus Erythrasmaflecken oder aus gesunder oder von Pityriasis versicolor afficierter Haut herrührten.

7. Auch war uns nicht möglich, durch direkte Übertragung von Schuppen aus Erythrasmaplaques, bis heute wenigstens, die klinische Form dieser Dermatomykose zu reproducieren.

Wir sind nicht die ersten gewesen, welche sich mit der Lösung der Frage beschäftigten, ob auch auf der von Erythrasma nicht afficierten Haut pflanzliche Parasiten vorkommen, die sich mit denjenigen vergleichen liefsen, welche man bei der genannten Affektion reichlich findet. Bizzozero und Balzer sind uns hierin vorausgegangen und glaubten, aus der blofsen mikroskopischen Untersuchung sich in affirmativem Sinne aussprechen zu können. Dagegen hatte bisher unseres Wissens niemand Kulturversuche mit Erythrasmaschuppen gemacht und dabei Pilze mit dünnen Mycelfäden und kleinsten Sporen aufkeimen gesehen, welche in ihren Eigenschaften dem Mikrosporon minutissimum entsprachen;[1] noch weniger sind vergleichende Kulturversuche gemacht worden mit Schuppen von Erythrasma und von gesunder oder von einer der gewöhnlichen Dermatomykosen afficierten Haut.

Wir stellen uns nun folgende Frage: Nachdem wir auf diese Weise mit Schuppen von Erythrasma oder von gesunder Haut und von Pityriasis versicolor ganz dieselben Pilzvarietäten gewonnen hatten und uns andererseits (bis jetzt wenigstens) alle Inokulationsversuche mit Kulturen auf die Haut gesunder Individuen mifsglückten, müssen wir unter diesen Umständen notwendigerweise den Kulturen jeden pathogenen Charakter absprechen und jene Pilze, statt als die Erreger des Erythrasmas, als rein accidentelle betrachten?

Nach unserer Ansicht müssen hierbei folgende Verhältnisse berücksichtigt werden:

Erstens darf nicht vergessen werden, dafs bereits die mikroskopische Untersuchung in den Schuppen je nach ihrer Herkunft Unterschiede erkennen läfst. Diejenigen, welche von Erythrasmaflecken herrühren,

---

[1] In unserer ersten Mitteilung hatten wir bei der Prüfung der Arbeit von de Michele über das Erythrasma gezeigt, dafs diese von ihm erhaltenen Kulturen keine Pilze, wie es ihm geschienen hatte, sondern Schizomyceten waren. Was die Resultate der Kulturen von Bordoni-Uffreduzzi (*Fortschritte d. Med.* Bd. IV. 1886. pag. 151: „Über die biologischen Eigenschaften der normalen Hautmikrophyten") mit Schuppen von Erythrasma betrifft, so gehen uns dieselben weiter nichts an. Verfasser erklärt nämlich selbst, dafs er bei seinen Untersuchungen nur Schizomyceten sich entwickeln sah, sowie einen Bacillus, den er Bacillus epidermidis nannte und mit dem Leptothrix von Bizzozero identificierte.

enthalten aufser ganz kleinen Sporen eine grofse Menge feiner Mycelfäden; diejenigen hingegen, welche der gesunden oder einer mit Pityriasis versicolor afficierten Haut entnommen wurden (abgesehen natürlich von dem Mikrosporon furfur), nur sehr kleine, rundliche, sporenähnliche Gebilde und nur äufserst selten dünne Mycelfäden. Dieser Umstand ist gewifs nicht ohne Wichtigkeit, da er beweist, dafs der Pilz beim Erythrasma in voller Entwickelung begriffen ist, was für die gesunde oder von einer anderen der gewöhnlichen Dermatomykosen afficierten Haut nicht behauptet werden kann.

Wir haben aufserdem bereits angegeben, dafs man bei Kulturen mit Erythrasmaschuppen eine viel reichlichere Entwickelung von Pilzen mit kleinen Elementen erhält als bei solchen mit Schuppen von gesunder Haut oder von Pityriasis versicolor.

Schliefslich mufs beachtet werden, dafs nach unserer Ansicht dem negativen Erfolge der Inokulationen auf den Menschen nicht die Bedeutung zukommt, wie man auf den ersten Blick anzunehmen geneigt sein könnte. Man erinnere sich daran, dafs es auch mit an parasitären Elementen (Sporen und Mycelfäden) sehr reichem Materiale, welches Erythrasmaplaques entnommen und direkt auf die Haut gesunder Individuen übertragen wurde, nicht gelang, deutlich die klinische Form der Läsion zu reproducieren, und, abgesehen von den positiven Resultaten Köbners, sind, scheint es, bis jetzt keine anderen gemeldet worden. Aufserdem stimmen alle Autoren darin überein, dafs das Mikrosporon minutissimum wenig kontagiös wirkt, und wir können unsererseits beifügen, dafs es uns trotz der Häufigkeit des Erythrasmas bei den Männern niemals gelang, einen Fall von Ansteckung unter Eheleuten zu konstatieren. Wie schwer sich übrigens der Parasit auf der menschlichen Haut fortentwickelt, läfst sich mit Leichtigkeit in der langsamen Ausbreitung der Erythrasmaflecken und in der fehlenden Tendenz derselben, gewisse Grenzen zu überschreiten, erkennen.

Diese unsere Studie führt uns zum Schlusse, dafs sich der Erythrasmapilz mit gröfster Wahrscheinlichkeit normalerweise auf der menschlichen Haut befindet, ohne bemerkbare Störungen zu verursachen, indem es besonderer, schwer zu bestimmender Bedingungen der Feuchtigkeit, des Lichtes, der Zersetzungen von Sekretionen der Haut selbst bedarf, um ein reichliches Wachstum zu veranlassen und jene wohldefinierte klinische Form zu erzeugen, welche unter der Bezeichnung Erythrasma bekannt ist.

Vor Abschlufs dieser zweiten Mitteilung erklären wir, dafs es keineswegs als ausgeschlossen betrachtet werden soll, dafs bei weiteren Untersuchungen über den Gegenstand durch uns oder andere zu den bereits beschriebenen und als *a*, *b*, *c* bezeichneten Pilzvarietäten nicht neue hinzutreten können, welche sich von jenen durch genau bestimmte Merkmale unterscheiden.

(Übersetzt von C. Müller-Freiburg [Schweiz].)

Aus der Praxis.

Zur Behandlung mit Steinkohlenteer.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Trotz der grofsen Reihe der in der Dermatotherapie gebräuchlichen neueren Mittel hat der Teer wohl bei allen Fachkollegen noch immer seine alte, hervorragende Stelle behauptet. Seine grofse Fähigkeit, reducierend auf die Haut einzuwirken, schnell selbst die hartnäckigsten pruriginösen Eruptionen zum Verschwinden zu bringen, das Jucken, wie kein anderes Mittel nachhaltig zu mildern, zwingt uns wieder und wieder, zum Teer zurückzukehren. Während Oleum cadinum, fagi und rusci in der Praxis gang und gäbe sind, hat man den Steinkohlenteer wegen seines penetranten Geruches, seiner ihm eigentümlichen Schwarzfärbung und seiner dicken Konsistenz vernachlässigt. Nachdem ich in meiner Poliklinik vom Steinkohlenteer seiner Billigkeit wegen schon seit mehreren Jahren den ausgedehntesten Gebrauch gemacht hatte, wurde ich auf seine hervorstechenden Eigenschaften gegenüber den übrigen Teersorten aufmerksam. Poliklinisch wandte ich den Steinkohlenteer gewöhnlich mit Spiritus verdünnt· ää partes aequales an und wurde bei Vergleichsversuchen (Einreibung der einen Hautpartie mit der spirituösen Steinkohlenteerlösung — der andere mit ebensolchen Mischungen von Oleum fagi, rusci oder cadinum) durch die Thatsache überrascht, dafs der Steinkohlenteer viel juckstillender war, die pruriginösen Veränderungen schneller zum Schwinden brachte und auch nachhaltiger wirkte. Um nun den Steinkohlenteer auch in der besseren Praxis anzuwenden, war es vor allem nötig, ihn in eine Form zu zwängen, in welcher sein durchdringender Geruch möglichst vermieden, seine Konsistenz dünnflüssiger und seine tiefschwarze Färbung leichter beseitigt wurde, ohne aber seine Wirksamkeit zu beeinträchtigen. In Form von Pasten und Salben gelang es mir nicht, diesen Bedingungen gerecht zu werden, wohl aber in Form einer Tinktur. In Verbindung mit Herrn Apotheker Dr. Mielck stellte ich eine einfache spirituös-ätherische Lösung her, welche wenig riecht, bräunlich gefärbt und dünnflüssig ist. Die Eintrocknung auf der Haut erfolgt sofort nach dem Einpinseln, und die Entfernung des Teers geschieht durch gewöhnliches Olivenöl sehr leicht. Die einfache Vorschrift ist folgende:

℞ *Ol. lithanthracis (Steinkohlenteer)* partes 3
Spiritus 95° „ 2
Aether sulfuric. „ 1
MS. Tinct. lithanthracis. Pinsel im Kork.

Bis heute habe ich 200 Fälle mit dieser Tinctura lithanthracis behandelt, stets nur auf umschriebenen Körperstellen. Eine interkurrente Teerfolliculitis beobachtete ich nur 12 Mal und eine Teervergiftung, bestehend in vorübergehender Schwarzfärbung des Urins, nur 2 Mal.

Die Wirkung war in den allermeisten Fällen eine durchaus zufriedenstellende und entsprach den in der Poliklinik mit dem 50%igen Steinkohlenteerspiritus gemachten Erfahrungen. Die Tinctura lithanthracis wirkt viel juckstillender, als die übrigen Teerpräparate, viel energischer und mehr in der Tiefe und bedeutend nachhaltiger, so dafs die Recidive leichter ausbleiben, eignet sich aber nicht für universelle Fälle und ist deshalb bei diesen nur an den am stärksten befallenen Stellen anzuwenden.

Die Tinctura lithanthracis ist indiciert:

1. bei den trockenen Ekzemformen des behaarten Kopfes, des Nackens, der Brust, des Bauches, des Rückens, der Genitalien der Extremitäten und der Nägel. Im Gesicht ist sie wegen der leicht auftretenden Rötung nicht bei ambulanter Behandlung in Gebrauch zu nehmen;
2. bei Psoriasis, besonders bei den Plaques der Kopfhaut, des Ellenbogens und Knies. Hier ist sie in Verbindung mit 2%igem Chrysarobin von vorzüglicher Wirkung;
3. bei Prurigo Hebra;
4. bei Trichophytie.

Versammlungen.

66. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien vom 24. bis 30. September 1894.

Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

(Originalbericht von Dr. Jessner-Königsberg.)

Mehr als ein Menschenalter war vergangen, seitdem Wien die Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte gastlich in ihren Mauern aufgenommen hatte. Seitdem sind die Mauern gefallen, Wien hat sich gewaltig entwickelt und verschönt, ist eine Weltstadt geworden. Leider hat sich die Entwickelung und Verschönerung bisher nicht in genügendem Mafse auf die medizinischen Institute erstreckt, welche zum grofsen Teile ein recht antiquarisches Aussehen haben. Es mutet einen stets sonderbar

an, wenn man das alte allgemeine Krankenhaus betritt, das gar sehr absticht von den imposanten, mit allem erdenklichen Luxus ausgestatteten Kliniken, wie man sie in kleineren Universitäten findet. Aber auch die Stunde dieser altehrwürdigen Pflegestätte medizinischen Wissens und Forschens hat geschlagen, seitdem durch Erwerbung der benachbarten grofsen Kaserne Platz für den Ausbau des Krankenhauses geschaffen ist. Neue Kliniken und Institute werden entstehen, welche der herrlichen Universität würdig zur Seite gestellt werden können. Aber das Gebäude macht es nicht, — auch in dem alten Hause finden neue Ideen Platz, auch in ihm schreitet die Wissenschaft unablässig fort, unbeirrt durch die alte Umgebung, durch dieselbe vielleicht gewarnt vor zu stürmischem Vorgehen, vor Vernachlässigung der historischen Überlieferung.

Es konnte wohl keinem Zweifel unterliegen, dafs Wien auf Naturforscher und Ärzte eine grofse Anziehungskraft ausüben werde. Gar viele benutzten die Gelegenheit, um die Wiener Institute und Lehrer kennen zu lernen, manche wohl auch, um unter dem Deckmantel wissenschaftlicher Thätigkeit Wien zu studieren, in den Vergnügungen der Weltstadt Erholung von den Anstrengungen zu finden, welche die alltägliche Berufsthätigkeit mit sich bringt. So war denn in jeder Beziehung ein sehr lebhaftes Treiben in Wien. Auffallenderweise erstreckte sich die lebhafte Frequenz nicht auf die Mitglieder der dermatologischen Sektion, deren Zahl eine relativ sehr geringe war, und zwar nicht nur in den Sektionssitzungen. Es waren ca. 50 Teilnehmer erschienen, eine Zahl, welche die Wiener dermatologische Gesellschaft allein wohl stellen könnte. Es ist das sehr auffallend, denn in Wien, wo die meisten Dermatologen sich einen Teil ihrer Bildung geholt, wo die Wiege der neueren Dermatologie zu suchen ist, hätte man doch ein Zusammenströmen der Dermatologen voraussetzen müssen. Ich hatte erwartet, dafs trotz der in diesem Jahre bereits vorausgegangenen Kongresse die magnetische Anziehungskraft der Wiener dermatologischen Schule grofs genug sein werde, um eine grofse Beteiligung an der Sektion zu erzielen, und war eigentlich recht enttäuscht. Die Leiter der Sektion schien es allerdings weniger zu überraschen, sie schienen mit dem Faktor einer geringen Beteiligung von vornherein gerechnet zu haben. Wie Prof. Kaposi bei der Eröffnung der Sektionssitzungen ausführte, erklärt sich die geringe Zahl der Anwesenden erstens, wie erwähnt, durch die Kongresse in Rom und in Breslau, zweitens aber auch durch den Charakter der Naturforscherversammlung im ganzen. Sollte letzteres Argument zutreffen, sollten die Dermatologen der Naturforscherversammlung mit Überlegung fernbleiben, weil sie so viele Zweige der Naturforschung und Medizin umfafst, d. h. nicht spezialistisch genug ist, dann würde ich das im höchsten Mafse bedauerlich finden. Ich würde darin eine Folge übertriebenen Spezialistenthums er-

blicken, ein trauriges Zeichen dafür, dafs viele Dermatologen den Boden der Gesamtmedizin unter den Füfsen zu verlieren beginnen, die Versammlungen fliehen, in denen sie Gelegenheit haben, mit den anderen Ästen desselben Stammes in Berührung zu kommen. Die aufserordentliche Vertiefung der wissenschaftlichen Forschung auf den einzelnen Spezialgebieten hat zur Gründung von Spezialkongressen geführt, die ja auch ausgezeichnet gedeihen. Für die Dermatologen ist es die deutsche dermatologische Gesellschaft, welche diese Kongresse beruft; der grofse Erfolg, den der letzte Kongrefs in Breslau erzielt, hat die volle Bedeutung dieser Gesellschaft als Führerin der Dermatologen erkennen lassen. Aber neben den Versammlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft mufs auch für die Dermatologen ein Sammelpunkt existieren, wo sich alle Gebiete der Medizin im Verein mit allen Gebieten der Naturforschung zusammenfinden. Dieser Sammelpunkt ist in der Naturforscher- und Ärzteversammlung gegeben und mufs fortbestehen. Die dermatologische Sektion dieser Versammlung soll keine Konkurrentin der dermatologischen Spezialkongresse sein, sie soll letztere nicht ersetzen, sondern nur ergänzen. Allerdings bedarf es dazu einer besonderen Regelung des Arbeitsmaterials, die die Leitung sich angelegen sein lassen mufs. Auf den Kongrefs der dermatologischen Gesellschaft gehören mehr die rein spezialistischen Themata theoretischer und praktischer Natur, auf die Naturforscherversammlung mehr diejenigen Themata, in welchen der Konnex der Dermatologie mit den anderen Zweigen der Medizin mehr oder weniger deutlich hervortritt. Die kombinierten Sitzungen mit anderen Sektionen sind die Quintessenz der Naturforscherversammlung, diese Erkenntnis bricht sich immer mehr Bahn. Es ist deshalb nicht nötig, die Zahl der Sektionen zu verkleinern; im Gegenteil, gerade durch die grofse Zahl wird es möglich, alle möglichen Kombinationen vorzunehmen je nach dem vorliegenden Bedürfnis, je nach den gerade die Tagesordnung des wissenschaftlichen Forschens beherrschenden Fragen.

Die Einsicht von der Bedeutung kombinierter Sitzungen hatte dieses Mal den wissenschaftlichen Ausschufs dazu bewogen, solche zu arrangieren, in welchen die folgenden Sektionen vereinigt waren: Interne Medizin, Chirurgie, Psychiatrie und Neurologie, Ohrenheilkunde, Laryngologie, Rhinologie, Dermatologie und Syphilis.

Wenn diese Sitzungen vielleicht nicht bei allen grofsen Beifall gefunden haben, so lag das daran, dafs sie einerseits in letzter Stunde einberufen waren und die Themata deshalb nicht so allgemein befriedigender Natur waren, andererseits man vielleicht in der Kombinierung zu weit gegangen war. Themata, welche so viele Sektionen interessieren, sind nicht leicht zu finden und müssen sorgsam vorher ausgesucht werden. Die Vorträge über die Serumtherapie Behrings wären sicher von so

allgemeinem Interesse gewesen. Leider fielen sie gerade aus, weil die Anberaumung der Sitzung zu spät erfolgt war, als dafs die betreffenden Sektionen sich dem Arrangement hätten anpassen können. Künftig mufs das in anderer Weise geschehen. Diese kombinierten Sitzungen müssen von langer Hand zwischen zwei bis drei Sektionen vorbereitet werden, indem die Einführenden zeitig sich über geeignete Themata verständigen und geeignete Referenten für dieselben aussuchen. Schon jetzt richte ich an den Einführenden der dermatologischen Sektion in Lübeck, dem nächstjährigen Versammlungsort der Naturforscher und Ärzte, von dieser Stelle die Bitte, die Kombinierung mit anderen Sektionen anzubahnen, wie ich es dieses Mal vergeblich gethan. Vor allem, glaube ich, kann ein Zusammentagen mit den Internen für beide Teile nur nutzbringend und interessant sein; passende Themata giebt es da wie Sand am Meer. Hoffentlich findet meine Bitte, welche ich nur ausspreche, nachdem ich vieler Kollegen Meinung gehört, Berücksichtigung.

Kommen wir nun zum Berichte über die wissenschaftlichen Sitzungen der dermatologischen Sektion! Besondere Vorbereitungen waren dieses Mal für dieselben nicht getroffen, Referate nicht bestellt, so dafs die Vorträge viel Spielraum hatten. Man konnte die Referate um so eher verschmerzen, als man ja darauf rechnen konnte, in dem grofsen Krankenmateriale der Wiener Kliniken viel Interessantes und Neues zu sehen. Krankendemonstrationen erregen zweifellos immer das gröfste Interesse, zumal wenn sich an dieselben anregende Diskussionen knüpfen. Man erhält dabei manch diagnostischen Wink und sieht auch Differenzen in der Diagnostik deutlich hervortreten, welche uns an schwache Seiten unseres Wissens leider nur zu sehr erinnern.

Die dermatologische Sektion hatte das Glück, einen herrlichen Sitzungsraum in dem freundlichst zur Verfügung gestellten Heim der Wiener Ärztegesellschaft zu erhalten. Der wunderschöne Saal, die praktischen Demonstrationsräume machten die Sitzungen zu besonders angenehmen.

Sitzung vom 24. September 1894, nachmittags 3 Uhr.

Der Einführende, Prof. Kaposi, begrüfst die Anwesenden mit freundlichen Worten. Den relativ geringen Besuch erklärt er in der oben bereits erörterten Weise durch die vorausgegangenen Kongresse in Rom und Breslau und den Charakter der Naturforscher- und Ärzteversammlung in toto, der nicht geeignet sei, auf viele Dermatologen besondere Anziehungskraft auszuüben. — Den Vorsitz übernimmt Prof. Dr. Caspary.

Prof. Pick-Prag: **Über eine neue Hautkrankheit.** In Gestalt einer vorläufigen Mitteilung berichtet der Vortragende über ein ihm ganz neues dermatologisches Krankheitsbild. Er hat dasselbe bisher nur in drei Fällen beobachtet, findet es aber so charakteristisch, dafs er es abgrenzen zu dürfen glaubt trotz der Mahnung Hebras, nur dann ein neues Krankheitsbild aufzustellen, wenn man 25 Fälle beobachtet hat. Der erste Fall betraf einen 14 Jahre alten Patienten, bei dem am rechten Ellenbogen sich eine Rötung der Haut einstellte, ohne jede weitere Veränderung derselben. Langsam

schritt die Rötung zentrifugal fort, dabei dunkler werdend. Allmählich traten dann die einzelnen Blutgefäfse immer deutlicher hervor, so dafs schliefslich stark erweiterte Venen sichtbar werden. Subjektive Beschwerden bestehen nicht.

Im zweiten Fall handelte es sich um ein 18jähriges, im dritten um ein 20jähriges Mädchen. Das letztere, eine Schauspielerin, stammt aus gesunder Familie, hat die gewöhnlichen Kinderkrankheiten durchgemacht. Die Menstruation trat früh auf, war in letzter Zeit aber sehr kärglich. Das Leiden begann im 15. Lebensjahre, indem sich ohne jegliche abnorme Empfindung die Haut an der Streckseite des linken Ellenbogens rötete. Später gesellten sich dann Rötungen an der rechten Unterextremität, der linken Unterextremität, der rechten Oberextremität hinzu. Erst nach langem Bestande runzelt sich etwas die Epidermis an der betroffenen Stelle, werden die Ränder etwas aufgeworfen, erweitern sich Arterien und Venen. Sonst fand man trotz ½jähriger klinischer Beobachtung keine wesentliche Veränderung. Die Prüfung der Sensibilität ergab an einzelnen Stellen eine bedeutende Herabsetzung derselben. Die sekretorischen Funktionen sind wohl normal, nur an den zuerst ergriffenen Stellen schienen sie herabgesetzt, doch war das Ergebnis der Prüfung zweifelhaft.

Das Leiden erinnert am meisten an Erythromelalgie, jedoch fehlt erstens jeglicher Schmerz, zweitens sind die Extremitätenenden doch frei. Man kann es deshalb nicht unter Erythromelalgie subsumieren, welche ja mehr ein Symptomenkomplex als eine selbständige Krankheit ist.

Auch zur Erythrodermie, die ja kein einheitlicher Prozefs ist, kann diese Affektion nicht gezählt werden. Es fehlt jede Verdickung, jede Veränderung der Epidermis, welche ja doch die Erythrodermie begleiten.

Anfangs wollte der Vortragende die Affektion als erstes Stadium des Sklerodermа ansehen, welches ja ähnliche Bilder im Beginne liefern kann. Jedoch mufste von dieser Diagnose abgesehen werden, da in der langen Beobachtungszeit schon weitere Veränderungen hätten aufgetreten sein müssen. Von solchen war aber hier keine Rede.

Der Vortragende kann das Leiden daher nicht rubricieren und glaubte es als ein noch nicht beobachtetes ansehen zu müssen. Vielleicht wäre der Name „Erythromelie“ ein passender für diese vasomotorische Neurose, die wahrscheinlich zentralen Ursprunges ist. (Abbildungen, Lokalisationstabellen illustrieren die Ausführungen.)

Diskussion.

Hofrat Neumann-Wien konstatiert der Aufforderung des Vortragenden gemäfs, welcher an die Erfahrungen anderer Beobachter appelliert, dafs er zwei ähnliche Fälle gesehen hat. Bei dem einen Kranken, den er vor 15 Jahren beobachtete, bestand an der Streckseite der oberen Extremität, besonders am Handrücken, Rötung ohne jede Schwellung, daneben Gefäfserweiterung und reichliche Schuppung. Bei den anderen Kranken waren die Veränderungen an Ober- und Unterschenkel lokalisiert. Eine Benennung dieser vasomotorischen Neurose ist bei der geringen Zahl der bisherigen Beobachtungen nicht ratsam.

Prof. Kaposi-Wien: Die von Pick mitgeteilten Fälle erinnern an die von ihm beobachteten und beschriebenen Formen von vasomotorischer Parese der Extremitäten, gleichen ihnen aber nicht ganz, da es bei diesen in einem bis mehreren Jahren zu punktförmiger Atrophie und dünner Schilferung kommt, ähnlich wie bei seniler Atrophie. Derartige Nutritionsstörungen vermifst man in den Pickschen Fällen, jedoch könnten sie ja noch im Laufe der Zeit auftreten. Betreffs des Namens sei es wohl praktisch, das Leiden vorläufig nicht zu benennen; es könnte ja bis auf weiteres den von Pick vorgeschlagenen Namen „Erythromelie“ führen, jedoch seien Verwechselungen mit Erythromelalgie zu fürchten. Letztere betrachtet er, ebenso wie Pick, nicht als Morbus sui generis.

Jadassohn - Breslau erinnert an seinen 1890 von ihm in Leipzig beschriebenen Fall. Es handelte sich um ein Mädchen, das rote Flecken am Ellenbogen bekam, die sich über den Arm und besonders auch über den Handrücken ausbreiteten. Es begann die Affektion mit einer papulösen Infiltration. Die histologische Untersuchung lehrte, dafs ein umschriebener Defekt des elastischen Gewebes bestand und Andeutungen entzündlicher Vorgänge vorhanden waren. Durch den Verlust des elastischen Gewebes kam es zum Einsinken der Haut und Durchscheinen der Gefäfse.

Prof. Pick-Prag legt in seinem Schlufswort auf den vorgeschlagenen Namen kein besonderes Gewicht. Aus der Diskussion geht als sicher hervor, dafs es vasomotorische Paresen giebt, welche nicht zur Atrophie der Haut führen.

Spiegler - Wien spricht unter Demonstration prächtiger Moulagen zunächst **über einen seltenen multiplen Hauttumor.**

Auf der Klinik von Kaposi kam ein 66jähriger Bauer zur Beobachtung, dessen ganzes Capillitium bis zum Haarwirbel und dessen beide Schläfen bedeckt waren mit Tumoren. Die Gröfse der Knoten, ca. 40 an der Zahl, die sich bis zu 20 cm Höhe perükenartig auftürmten, schwankt von Bohnen- bis Orangengröfse, sie sind derb elastisch, von normaler, aber dünner, nicht abhebbarer Haut bedeckt; Oberfläche glatt oder mit paradiesapfel-ähnlichen Einschnürungen versehen. Nur in den Falten zwischen den Tumoren ist die Haut etwas lädiert. Metastasen sind nicht vorhanden, das Allgemeinbefinden ist ungestört. Die histologische Untersuchung von mit dem Gefriermikrotom angefertigten Schnitten ergab Zellhaufen, umgeben von hyalinen Bildungen; zwischen ihnen ein faseriges Bindegewebe. Im Inneren gefäfsarm, die Rinde gefäfsreicher. Das Ganze setzt sich zusammen aus einem System verästelter Schläuche gleich den Ästen eines Baumes. Ausgangspunkt der als Endotheliom anzusehenden Tumoren bilden die Kapillaren.

Ein ganz gleicher, faustgrofser Tumor sitzt am Rücken in der Höhe des 7. und 8. Brustwirbels an einem kurzen Stiel; auch histologisch besteht vollkommene Identität.

Die Erkrankung besteht seit 40 Jahren und begann am Scheitelbein. Auf der Klinik von Prof. Albert wurden die Tumoren abgetragen, die Defekte durch Thiershsche Transplantationen gedeckt.

Einige Zeit darauf kam die 42jährige, gesunde, verheiratete Tochter des Patienten auf die Klinik. Dieselbe zeigte im Bereiche des Capillitiums sechs halblinsen- bis haselnufsgrofse, über die Haut kugelig hervorragende, mit normaler Haut bedeckte, mit der Kopfhaut verschiebbare Tumoren, deren ältester seit zehn Jahren besteht. Die histologische Untersuchung ergiebt das gleiche Resultat wie bei den Tumoren des Vaters.

Der Vortragende vermutet, dafs es sich um versprengte Keime handelt, die später zur Entwickelung gekommen sind.

Der zweite Vortrag von Spiegler lautet: **Über eine bisher nicht beobachtete perniciöse Hauterkrankung.** Ein 38jähriger, grofser und starker Patient, Buchhalter in einer Weinhandlung, vor 18 Jahren luetisch inficiert, nach 30 Inunktionen ohne Recidive, erkrankt plötzlich mit Fieber und Ausschlag. Dieser bestand in roten, leicht erhabenen Flecken und Knötchen, in der Mitte oft leicht deprimiert, der Spaltrichtung der Haut entsprechend angeordnet, auf deren Basis Blasen mit serösem und hämorrhagischem Inhalt entstanden. Letztere führten zu Substanzverlusten, Krustenbildung; unter den Krusten fand man ein leicht blutendes, rotes, zu Granulationsbildung neigendes Gewebe; stellenweise sah man beginnende Überhäutung. Auf der Zunge und am weichen Gaumen entstanden linsengrofse Substanzverluste. Der Kranke wurde am 18. Tage der Erkrankung auf die Klinik aufgenommen und starb daselbst unter anhaltendem Fieber und Delirien sechs Tage darauf. Die Sektion ergab aufser einem beginnenden Milztumor nichts Bemerkenswertes. Die Blasen lagen in den verschiedenen Schichten der

Epidermis. Das Krankheitsbild stimmt mit keinem der bekannten überein, weder mit Pemphigus, noch mit Erythemen etc.

Aus dem Blaseninhalt hat der Vortragende Bakterien gezüchtet, kleine kurze Stäbchen, gut auf Agar, langsam auf Gelatine wachsend, letztere nicht verflüssigend. Man konnte dieselbe auf frischen Blasen sofort in Reinkulturen gewinnen, wurde später abgeimpft, dann waren die Kulturen unreiner. Für Tiere war der Bacillus nicht pathogen, was aber nicht dagegen spricht, dafs er in Beziehung zu dem Krankheitsprozesse steht. Aus dem Harne wurde nach Baumanns Methode ein äufserst giftiger, stickstoffhaltiger, in seinen Benzoylverbindungen in Nadeln krystallisierender Körper gewonnen.

Diskussion.

Schiff-Wien hat sieben Fälle bei Kindern vom frühesten Säuglingsalter bis zum späten Kindesalter gesehen, die das eben geschilderte Bild boten. Es traten am Stamme, seltener an den Extremitäten, Blasen, Knötchen, Flecke auf, die gangränös zerfielen, worauf sich speckig belegte Geschwüre bildeten. Sechs dieser Kinder gingen unter septischen Erscheinungen zu Grunde, eines genas, als im Beginne gleich antiseptisch (Jodoform) vorgegangen wurde.

Kaposi hat etwas Ähnliches, wie den eben von Spiegler berichteten Fall, nicht gesehen. Der Kranke kam zu ihm mit einem universellen Ausschlag, der einem Herpes tonsurans maculosus sehr ähnelte, aber doch nicht glich; er zeigte Tausende von schilfernden Flecken. Diese führten zu Blasen, Nekrose, Allgemeininfektion. Die Fälle, von denen Schiff gesprochen, seien nichts Seltenes, wie in seinem Buche berichtet ist. Es handelt sich einfach um Kinderekzeme, besonders an den Kontaktstellen (Knie, Nates, Kruralfalten), welche sich mit Gangrän oder Diphtherie kombinieren und dann tödlich wirken. Mit dem vorliegenden Falle haben diese Ekzeme nichts gemein.

Neumann: Die von Schiff erwähnten Fälle zählen zur Impetigo contagiosa gangraenosa.

Caspary-Königsberg fragt, ob die Flecke schon vor Ausbruch des Fiebers bestanden hätten. Wenn das der Fall, so spräche das gegen die Auffassung des Leidens als Allgemeininfektion.

Kaposi betont, dafs der Fall sich schon im Beginne von Herpes tonsurans unterschied; die Flecke schuppten wenig und zeigten nicht den von geplatzten minimalen Bläschen herrührenden feinzackigen Rand.

Spiegler hebt hervor, dafs der Harn weder Eiweifs noch Zucker enthielt.

Ehrmann-Wien hat den Kranken sechs Tage vor dem Eintritt in das Spital gesehen; sobald derselbe sich aufsetzte, bekam er Palpitationen bei kleinem Puls. Er hat damals schon das Leiden für einen spezifischen Infektionsprozefs gehalten.

Schiff: In seinen sieben Fällen handelt es sich nicht um Ekzeme, wie Kaposi annimmt, sondern um dasselbe Bild, das Spiegler eben geschildert hat, um Blasen, unter denen Gangrän bald sichtbar wurde.

Neumann-Wien: **Über aphthöse Schleimhautgeschwüre und konsekutive Hautkrankheiten.** Der Vortragende kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Aphthen des Genitale sind eine vorwiegend (nach unseren bisherigen Beobachtungen ausschliefslich) das weibliche Geschlecht betreffende Krankheit, die zu ausgedehnter Flächendestruktion der ergriffenen Gewebspartien führen kann.

2. Die Krankheit wird vorwiegend bei jugendlichen, im Alter zwischen 17 und 22 Jahren stehenden Individuen, welche unter schlechten hygienischen Verhältnissen leben, angetroffen.

3. Konsekutiv treten nicht selten unter Fieber toxische Exantheme auf, und zwar

in Form des Erythema nodosum papulatum, selbst in pustulösen Formen, die von einem peripheren Hof begrenzt sind.

4. Die Mehrzahl dieser Aphthen ist als eine den aphthösen Geschwüren, wie sie beim männlichen Geschlechte an der Mundhöhlenschleimhaut vorkommen, jedoch niemals zu gleichen Destruktionen führen, analoge Affektion zu betrachten.

Der Vortragende demonstriert instruktive Abbildungen.

Sitzung vom 25. September 1894, vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: Prof. Pick-Prag.

Nobl-Wien demonstriert einen Fall von **Dermatitis favosa** aus der Langeschen Abteilung, der in Bezug auf die enorme Ausbreitung der Krankheitserscheinungen, sowie die excessive Entwickelung derselben sicher ein Unicum ist und allgemeines Erstaunen erregte. Das Leiden betrifft einen sehr heruntergekommenen, bis zum Skelett abgemagerten, stets fröstelnden, 14jährigen Knaben aus Galizien, der seit sechs Jahren an Favus leidet. Derselbe soll an der behaarten Kopfhaut begonnen und von dort über Nacken, Thorax, unbeeinflufst durch therapeutische Versuche, sich auf den ganzen Körper ausgebreitet haben. Jetzt sind die Favuswucherungen zu monströsen Massen angewachsen, die, wie Schwämme an den Baumrinden, die ganze Hautdecke des Kranken überwuchern, zur Atrophie und Austrocknung der Gewebe führen. Die gelben oder schmutzig-weifsen, bis gänseeigrofsen Pilzschollen bedecken, sich hügelig aufeinander türmend, in kontinuierlichen Bändern und Streifen Stamm und Extremitäten, deren Bewegungsfähigkeit in sehr hohem Mafse hemmend. Wiederholt kam es zu tiefgreifenden Ulcerationen bis in das subkutane Bindegewebe. Die sichtbaren Schleimhäute sind intakt, jedoch bestehen diarrhoische Entleerungen; in den Faeces findet man Mycelfäden und Geflechte, welche von Favuspilzbildungen nicht zu unterscheiden sind. Im rechten Kniegelenk besteht aufserdem ein fungöser Prozefs. Versuchte Antoinokulationen führten beim Kinde zur Entstehung von Favusscutulis, aber ohne herpetisches Vorstadium. Dagegen hat die den Kranken pflegende Wärterin an der Hand eine herpetische Affektion bekommen als Ausdruck einer Favusinfektion; es konnten die Pilze nachgewiesen werden.

Diskussion.

Kaposi: In dem früher von ihm publicierten Falle von Favus universalis war die Eruption akut entstanden, die einzelnen Favusstellen waren gleich grofs, wie die Stippchen der Variola. Daneben waren auch die scheinbar gesunden Hautstellen bedeckt mit Pilzen, so dafs man sagen konnte, der Mann war schimmelig.

In Bezug auf die Ansiedelung des Favus auf der Schleimhaut des Verdauungstraktes, so hat er in dem eben genannten Falle dieselbe wegen der hartnäckigen Durchfälle vermutet, trotzdem er kein Analogon bei Favus kannte. Es kommen ja aber doch Hyphomyceten auf der Magenschleimhaut und in der Lunge vor (Aspergillus nigricans). Bei der Sektion fanden sich nun festsitzende, krümelige Favusmassen vor in den Falten des Oesophagus und auf der Magenschleimhaut. Im Dünndarm aber sah man grofse, über thalergrofse Narben mit buchtigen, pigmentierten, bogenförmigen Rändern, die nach Prof. Kundrat von allen Narben, wie sie sich nach typhösen, tuberkulösen, luetischen Prozessen etc. entwickeln, abwichen, so dafs derselbe, besonders mit Rücksicht auf die Vorkommnisse im Magen und Oesophagus die Narben als Folge von Favusansiedelungen betrachten zu müssen glaubte. In dem vorliegenden Falle findet Kaposi auffallend das völlige Freibleiben der Nägel.

Pick fragt, ob die erwähnten tiefgehenden Ulcerationen erst nach Entfernung der Auflagerungen aufgetreten sind.

Nobl: Die Geschwüre sind nicht durch den Favus an sich bedingt, sondern durch entzündliche Reizung, Druck, Kokkenansiedelung.

Pick hat auch ähnliche Geschwüre bei Favus gesehen. Die Wucherung der Favuspilze geht nie über das Epithel hinaus.

Neumann weist auf die festgestellte Thatsache hin, dafs in manchen Gegenden militärpflichtige Personen sich mit Favus impfen, um so sich ihrer Dienstpflicht zu entziehen. Er teilt dann einen Fall von Favus universalis mit, der sich akut in Form hirsekorngrofser, bläulichrot gefärbter, papulöser Efflorescenzen entwickelte. Einzelne dieser bedeckten sich zentral mit einem Favusscutulum. Ein herpetisches Vorstadium war nirgends zu sehen.

Blaschko-Berlin: **Über intravenöse Sublimatinjektionen.** Bacelli rühmt den von ihm zuerst angewendeten intravenösen Sublimatinjektionen bei der Syphilistherapie folgende Vorzüge nach: Man braucht geringe Mengen, der Erfolg ist gut und tritt schnell ein, man wirkt direkt auf die Gefäfswände ein. Von dem Vorkommen einer Embolie spricht er nicht. Bisher hat nur Lewin-Berlin über diese Methode etwas weiteres berichtet; derselbe erkennt ja die guten Resultate an, weist aber auf die technischen Schwierigkeiten hin. Der Vortragende hat nun in seiner Klinik Versuche mit diesem neuen Verfahren angestellt, die er an dieser Stelle berichten will.

Bacelli nahm eine 1—2‰ige Lösung von Sublimat, sagt aber nicht, wieviel Injektionen er gemacht hat. Der Vortragende wählte eine 3‰ige, mit Natrium chloratum hergestellte Lösung und injicierte jedesmal ¼—2 Spritzen, also 1½—2 mg. Die ganze Kur erforderte gewöhnlich 30—36 Spritzen, also etwa 1½—2 cg. Aus technischen Gründen ist diese Behandlungsweise nur klinisch durchführbar. Fette Menschen, bei welchen man die Venen nur wenig oder gar nicht durchschimmern sieht, sind von dieser Behandlung ausgeschlossen. In manchen Fällen, wo die Venen im Beginne der Kur sichtbar sind, verschwinden dieselben später, indem sie thrombosieren, das Blut sich durch die tieferen Gefäfse einen Weg bahnt. Stets tritt diese Obliteration der Venen ein, wenn man vorbeisticht und in die Umgebung injiciert, was bei der gröfsten Geschicklichkeit vorkommt. Es entsteht dann eine aseptische Periphlebitis. Das kommt auf 10—15 Fälle einmal vor. Man mufs dann entweder andere Hautstellen aufsuchen oder die Kur aufgeben.

Die Venen an den Füfsen kann man durch Einstellen derselben in heifses Wasser leichter hervortreten lassen. Aus äufseren Gründen findet die Kur oft ein vorzeitiges Ende.

Man nimmt zu den Injektionen kurze, feine, scharfe Kanülen, die ganz sorgsam gereinigt werden müssen. Aderlafsbinde ist gewöhnlich nicht nötig, Fingerdruck genügt, um die Vene schärfer hervortreten zu lassen. Man sticht schräge, direkt in die Vene unter Anspannung der Haut, injiciert langsam, bedeckt dann die Einstichstelle mit Jodoformkollodium. Die Injektionen sind vollkommen schmerzlos. Nur wenn man vorbeispritzt in die Umgebung der Vene, treten heftige Schmerzen auf; die Haut wölbt sich dann vor. Strenge Asepsis ist nötig.

Was die Resultate betrifft, so sind Schädigungen in keiner Weise beobachtet: keine Albuminurie, keine Hämoglobinurie, keine Darmerscheinungen, keine Mundaffektion. In dieser Richtung ist das Verfahren ein ideales. Die Unschädlichkeit beruht auf der schnellen Ausscheidung des Sublimats. Man kann im Harne schon 3—6 Stunden nach der Injektion Quecksilber nachweisen, tags darauf ist der Urin aber schon wieder frei von Quecksilber. Man setzt eben bei dieser Behandlung nicht, wie bei den intramuskulären Injektionen, ein Depot von Quecksilber in den Organismus, es kann deshalb auch von langer Nachwirkung keine Rede sein.

Die behandelten Fälle zeigten zum Teil Früherscheinungen, zum Teil nur Primäraffekt (Präventivbehandlung). Nur zwei Patienten litten an gummösen Prozessen, dieselben wurden aber nicht genügend beobachtet. Sonst hielten sich die Erfolge in der

Grenze dessen, was man bei den übrigen Behandlungsmethoden sieht. Über die Dauer der Nachwirkung kann man bei den Verhältnissen einer grofsen Stadt schwer entscheiden; einige Male wurden bald Recidive beobachtet. In einem Falle blieben 20 Injektionen vollkommen fruchtlos.

Als Vorzüge der intravenösen Sublimatinjektionen stellt der Vortragende hin:

1. Schmerzlosigkeit, wenn man wirklich in die Vene kommt; 2. geringe Mengen; 3. genaue Dosierung; 4. die Resorption der ganzen eingeführten Dosis; 5. Fehlen von Nebenwirkungen.

Nachteile sind, dafs die Behandlung eine klinische sein mufs, technische Schwierigkeiten bietet, von wenig nachhaltiger Wirkung zu sein scheint. Indiciert wird die Methode besonders dort sein, wo man auf eine geringe Dosis Wert legen mufs, so bei Phthisikern, bei herabgekommenen, nervösen Individuen, bei Kranken, welche eine Idiosynkrasie gegen Quecksilber zeigen.

Der Hauptwert dieses Verfahrens scheint dem Vortragenden in der theoretischen Bedeutung zu liegen. Man lernt daraus, mit wie minimalen Dosen man Heilungen erzielt. Aufserdem wird durch dasselbe die intravenöse Therapie inauguriert, die ja sonst nur Bacelli bei Malaria (Chinin) und Sepsis versucht hat. Für die Dermatologie käme vor allem die intravenöse Injektion von Arsenik bei Psoriasis und Lichen ruber in Betracht.

Diskussion.

Kaposi freut sich, dafs der Vortragende die intravenösen Injektionen von Sublimat experimenti causa geübt, damit wir etwas Näheres darüber erfahren, möchte aber einige allgemeine Ausführungen prinzipieller Natur daran knüpfen: Die Grundlage jeder Syphilistherapie ist die Anwendung von Quecksilber und Jod; über die Gröfse der nötigen Dosis läfst sich keine allgemeine Regel aufstellen, dieselbe ist individuell verschieden. Exakt abgewogene Mengen dem Körper einzuverleiben, ist zwar theoretisch richtig, für den praktischen Erfolg aber gleichgültig.

Ein Hauptgrundsatz der Therapie ist dann ferner: „nil nocere“. Nun ist die Methode der intravenösen Injektion von Medikamenten stets bedenklich, schon wegen der Gefahr der Embolie. Sie kann deshalb kaum den praktischen Ärzten empfohlen werden, höchstens kann man sie auf Kliniken, wo alle Hülfsmittel exakter anwendbar sind, aus wissenschaftlichem Interesse üben. Um so weniger kann man diese Behandlungsweise propagieren, als der Effekt ein geringer ist, das Quecksilber sehr schnell ausgeschieden wird und uns andere unschädliche Methoden zur Verfügung stehen.

Paschkis-Wien: Zwei Gesichtspunkte sprechen gegen die Methode: der therapeutische und der pharmakologische. Dieselbe ist niemals ganz unbedenklich. Worin sollen aber die Vorzüge bestehen? Die angegebenen sind nicht besonders hervorragend. Die rasche Ausscheidung des Quecksilbers ist kein Vorteil. Es ist viel besser, ein Depot anzulegen. Den Vorteil der genauen Dosierung haben die subkutanen Injektionen auch. Man sagt, man wisse bei letzteren nicht, wieviel resorbiert wird, aber auch bei den intravenösen Injektionen weifs man nicht, wieviel gleich ausgeschieden und wieviel zur Heilung verwendet wird. Die schnelle Ausscheidung nach einer Stunde findet man übrigens auch bei Peptonquecksilber und Quecksilberalbuminat. Den Zeitpunkt der Ausscheidung des letzten Quecksilberrestes zu bestimmen, ist nicht leicht möglich.

Wenn der Vortragende kein Quecksilber mehr nachweisen konnte, so beweist das nichts, da der Nachweis von Quecksilberspuren sehr schwierig ist. Vom pharmakologischen Standpunkte ist die intravenöse Injektion, weil sie Gefahren in sich birgt, die nur der Geübte vermeiden kann, nicht zu empfehlen. Eigentlich giebt es nur eine

einzige Indikation für die intravenöse Injektion in der Therapie, das ist die Injektion von Chloralhydrat bei Strychninvergiftung.

Caspary-Königsberg: Obgleich er nicht recht versteht, welchen Grund man für diese Methode hat, so ist er doch Blaschko für die Prüfung derselben sehr dankbar. Man hat daraus erfahren, dafs kein übler Zufall eingetreten ist, so dafs die vom Vorredner hervorgehobene Gefahr doch eine sehr unbedeutende zu sein scheint. Die Vernachlässigung der Asepsis dürfte kaum so bedenklich sein; bei subkutanen Injektionen von Quecksilberpräparaten hat er nie etwas Unangenehmes gesehen, trotzdem er ziemlich unvorsichtig vorgeht. Das beste Antisepticum ist eben das Quecksilber selbst.

Er beabsichtigt nicht, in der Richtung Versuche anzustellen, würde sich aber freuen, wenn andere es thäten. Es giebt Fälle von Syphilis, wo schnelle Hülfe nötig ist, weil der Tod vor der Thüre steht. Es giebt eine akut foudroyante Syphilis, die mit Bewufstlosigkeit einhergeht. Er hat zwei solche Fälle gesehen, welche in 24 Stunden tödlich endeten. In solchen Fällen wären die intravenösen Injektionen am Platze, wenn ihre Ungefährlichkeit nachgewiesen ist.

Lang-Wien schliefst sich den Vorrednern im ganzen an. Zweifellos ist das theoretische Interesse ein sehr grofses, zumal es auch jedem Kliniker willkommen sein mufs, so viele Methoden wie möglich zu kennen. Er hat deshalb die Versuche auf seiner Abteilung auch begonnen, kann aber bisher noch nichts berichten. In Bezug auf die antiseptischen Kautelen möchte er nicht so sorglos sein wie Caspary; irgend ein Krankheitskeim in die Vene gebracht, könne die übelsten Folgen nach sich ziehen. Auch die Möglichkeit der Thrombenbildung und Embolie sei ins Auge zu fassen. Dennoch ist es Aufgabe des Klinikers, die Methode weiter zu prüfen und eventuell auszubilden, weil es in der That möglich ist, schwere, gefahrdrohende Hirnlues schneller als auf andere Weise zu beseitigen. Um aber die Methode gegebenenfalls anzuwenden, mufs man sie bereits früher geübt haben, und so wird denn wohl auch Caspary nichts übrig bleiben, als in die Kastanienpfanne zu greifen.

Jadassohn-Breslau berichtet, dafs auch Neisser mit den Bacellischen Injektionen Versuche gemacht habe, ohne schlimme Folgen dabei zu sehen. Praktisch ist also gegen diese Injektionen nichts einzuwenden. Er selbst glaubt aus theoretischen Gründen von der intravenösen Therapie absehen zu müssen. Auch er hält, wie Caspary, bei subkutanen und intramuskulären Injektionen die Antisepsis nicht für sehr nötig, bei den intravenösen könne aber ein kleiner Fehler in dieser Richtung verhängnisvoll werden. Ob die intravenösen Injektionen wirklich bei lebensgefährlichen Zuständen schneller wirken, ist doch sehr fraglich. Auch aus Salicylquecksilber- und Kalomelinjektionen wird das Quecksilber sehr schnell in relativ beträchtlicher Menge resorbiert. Da aber stark konzentrierte Lösungen bei intravenöser Applikation ausgeschlossen sind, ist es zweifelhaft, ob mehr Quecksilber dabei zu Heilzwecken Verwendung findet, als nach Salicylquecksilberinjektionen.

Neumann-Wien: Man mufs alles prüfen und das Beste behalten. Die Versuche müssen deshalb fortgesetzt werden, bei der Beurteilung mufs man aber alle Momente berücksichtigen. Ein besonderer Wert wird erst dann zu konstatieren sein, wenn gezeigt ist, dafs bei Injektionen vor Ausbruch der Sekundärerscheinungen dieser auf Monate hinausgeschoben wird, was man bei subkutanen Injektionen ausnahmslos beobachten kann. Auch die Zahl der Recidive und deren Form werden den Prüfstein für die Methode abgeben müssen.

Kaposi hebt nochmals hervor, dafs er nicht die Gefahr bei mangelnder Antisepsis, sondern die Embolie fürchtet.

Schwimmer-Budapest hat auch Versuche mit intravenösen Injektionen gemacht. Er verwendet 1‰ige Sublimatlösung und war in den ersten Fällen überrascht von der

schnellen Involution der Exantheme. Er injiciert dabei nur ½ Spritze wöchentlich, also ganz minimale Mengen. Obgleich er kein begeisterter Verfechter der Methode ist, glaubt er doch, daſs die Versuche so ausgefallen sind, daſs sie weitergeführt zu werden verdienen. Die schnelle Ausscheidung des Sublimates faſst er als groſsen Nachteil der Methode auf.

Der groſse Vorzug liegt in den minimalen Mengen und der Unschädlichkeit. Strengste Antisepsis ist nötig. Die Furcht vor Embolie, die ihn auch anfangs beherrscht habe, scheint doch unbegründet zu sein. Wenn Caspary meint, daſs die Methode gerade dort angebracht ist, wo schnelle Wirkung nötig ist, so ist das sehr zweifelhaft, ob in solchen Fällen nicht mit anderen Injektionen dasselbe ebensoschnell zu erreichen ist. Jedenfalls liegt der Hauptwert in der Möglichkeit, diese Methode bei geschwächten Individuen anzuwenden. In einem Falle trat trotz sorgsamer Antisepsis Lokalgangrän ein, ohne jedoch weitere Nachteile nach sich zu ziehen.

Behrend-Berlin: Blaschko sprach von einer teigigen Infiltration an der Injektionsstelle; diese aber ist eine Folge von Thrombose. Jede Thrombose bringt aber die Gefahr der Embolie. Deshalb stehe er auf dem Standpunkte von Kaposi. Die Gefahr der Injektion fürchte er nicht. Diese Methode ist entbehrlich und auch gefährlich.

Jarisch-Graz berichtet über einen Patienten mit schwerer syphilitischer Ecthyma, der von Schwimmer vorher mit intravenösen Sublimatinjektionen behandelt war.

Bardach-Kreuznach: **Zur Aknebehandlung.** Vortragender erwähnt, daſs die Akneerkrankung, speziell die Acne vulgaris, einen hohen Prozentsatz unter den Hautkranken einnimmt. Köbner stellte bei 3000 poliklinisch behandelten Hautkranken 7½ % fest, Duncan Buckley in der Spitalpraxis 8½ %, in der Privatpraxis 22,22 %.

Während die pathologische Anatomie dieser Talgdrüsenfollikel-Entzündung, welche durch Virchow, Simon, Hebra und Kaposi vollkommen aufgeklärt worden, allgemeine Übereinstimmung gefunden hat, sind die Ansichten über die Ätiologie dieses Leidens verschieden, Chlorose, Anämie, Neurasthenie, Verdauungsschwäche, uterine und sexuelle Erkrankungen etc. werden als Ursache dieser Krankheit angegeben; Bouchard und Barthélemy stellten sogar unter 169 Aknekranken 165 Mal Magenerweiterung fest. Redner hat unter 68 von ihm sorgfältig untersuchten Aknekranken seiner Praxis keinen einzigen Fall von Magenerweiterung gefunden, dagegen allgemein eine Vermehrung der krystallinischen Niederschläge des Urins und eine Erhöhung des spezifischen Gewichtes desselben.

Unter Einwirkung der diuretisch wirkenden Kreuznacher Kurmittel (Bäder und Trinkkur) lieſs sich schnellere Heilung erzielen. Um eine stärkere lokale Wirkung zu erhalten, lieſs er die wirksamsten Bestandteile der Quellen, Jod und Brom, in Verbindung mit Seife bringen und teils Waschungen mit dieser vornehmen, teils auch als Schaum bis zur Nacht hindurch auf der erkrankten Haut liegen.

Die Behandlung erzielte bei gröſserer Bequemlichkeit gute Erfolge, besonders auch, wenn es sich um groſse Ausbreitung über den Stamm handelte.

Von der bis jetzt angewandten Therapie giebt er dem β-Naphtol und Resorcin wegen seiner gut reducierenden Fähigkeit den Vorzug, auch dem Schwefel in Verbindung mit diesen.

Die Seifen werden in präciser Dosierung als schwächere und stärkere angewendet Die schwächere enthält je 1,3 % Jodnatrium und Bromnatrium, die stärkere 2,6 % Jodnatrium und 1,3 % Bromnatrium. Die Seifen sind alkalisch und unterstützen die keratolytische Wirkung. Bei Reizerscheinungen werden Puder und milde Salben, am geeignetsten Pasta Lassari, Zincum oleatum etc. gebraucht.

Riehl-Wien: **Über Endotheliom der Haut.** Die Haut-Endotheliome sind

klinisch wenig bekannt und pathologisch nicht genau definiert. Der Vortragende hat folgenden Fall multipler Endotheliombildung beobachtet: Eine 75 Jahre alte Frau war auf der internen Abteilung wegen Atemnot aufgenommen. An der Körperoberfläche findet man mehrere hundert Geschwülste von Hanfkorn- bis Pflaumengröfse; besonders ist die obere Körperhälfte ergriffen; die Unterschenkel sind ganz frei. Unter den Stimmbändern und im Pharynx sind auch Geschwülste nachweisbar. Es sind sehr harte Tumoren von knolliger Oberfläche, ausgehend von den tieferen Cutisschichten, da die Haut über den kleineren Tumoren noch verschieblich ist. Keine Zerfallserscheinungen, nur einzelne ein wenig erodiert, ein viscides Sekret abscheidend. Die Symmetrie fiel anfangs auf, war aber doch nicht eine so genaue; kein Anschmiegen an den Verlauf von Nerven oder Gefäfsen. Die Farbe über den Geschwülsten unverändert. Ein Erysipel, ausgehend von einem am linken Nasenflügel seit 3—4 Jahren vorhandenen, in keiner Weise charakteristischen Geschwüre, führte den Tod herbei.

Klinisch war die Diagnose auf eine eigentümliche Form von Sarkom gestellt; auch die Obduktion brachte keine Klärung. Auffallend war der Befund einer taubeneigrofsen Geschwulst, welche, vom Seitenwandbein ausgehend, in die Schädelkapsel hineinragte und während des Lebens keinerlei Symptome gemacht hatte.

Die Untersuchung ergab: auf dem Durchschnitt weifse, etwas lappige Geschwulst, ausgehend von den Endothelien der Lymphwege. Man sieht teils alveoläre Anordnung, teils Zellzüge, eingelagert in die Zwischenräume zwischen dem Bindegewebe.

Der Vortragende erörtert das klinische Bild und glaubt, dafs dasselbe in künftigen Fällen genügend Anhaltspunkte geben wird, um die Diagnose auch ohne anatomischen Befund zu stellen, die Tumoren von Fibromen, Adenosarkomen abzugrenzen.

Diskussion.

Jarisch-Graz hat ähnliche Fälle gesehen, die aber von den Blutgefäfsen ausgingen. Es sind diese Tumoren unter den verschiedensten Namen beschrieben worden, Angioma tuberosum multiplex, Syringo-Cystadenom etc. Er wird auch mikroskopische Präparate aufstellen.

Schwimmer-Pest: **Gangraena hysterica.** Über Gangrän auf trophoneurotischer Basis ist wenig bekannt. 1881 wurden in London Fälle vorgestellt; damals war aber keine Einigung möglich, man hielt es für Artefacta. Raynaudsche Krankheit, Malum perforans waren damals allerdings schon bekannt. In den Fällen von Neumann (1882), Doutrelepont (1889), Quinquaud, Bayel spielte stets ein Trauma mit. In 8—10 Fällen hysterischer Gangrän gab eine Verbrennung die Veranlassung zu der Affektion. Die Fälle, welche Kaposi als Zoster gangraenosus bezeichnet, sind ähnlich, aber nicht identisch mit dem vorliegenden, wo die Hautgangrän sich ganz spontan entwickelte. Derselbe betrifft ein 14jähriges gesund aussehendes, pastöses Mädchen, das 1892 mit hohem Fieber erkrankt. Es entsteht eine Art Herpes des Vorderarmes, woran sich Gangrän anschliefst. Sie wurde in das Krankenhaus aufgenommen. Die Affektion griff weiter auf den Handrücken, es kam zu tiefgreifender Verschwärung, Elimination der Sehnen. Nach drei Monaten tritt Genesung ein, Bildung eines Narbenkeloids. Von da ab bis zum August 1893 treten 15 ähnliche Ausbrüche auf; es entstand Erythem, Herpes, Gangrän. Zuerst waren der Vorderarm und Handrücken, dann der linke Knöchel, später die verschiedensten Körperstellen ergriffen. Stets heilten die Defekte mit Keloidbildung.

Die spontane Entwickelung ohne vorausgegangenes Trauma ist charakteristisch für diesen Fall. Es bestand nicht, wie in den Kaposischen Fällen, von Zoster gangraenosus ein Zoster, sondern nur ein einfacher Herpes, eine Bläschengruppe, beschränkt auf einen bestimmten Abschnitt.

Die Erscheinungen der Hysterie in diesem Falle waren: Steigerung der Haut-

sensibilität, der Haut-Reflexe und der Empfindlichkeit gegen den galvanischen Strom; halbseitiges Schwitzen bei jeder Erregung.

Gute Bilder illustrieren die Ausführungen.

Demonstration von Nitze - Berlin, am 25. September, mittags 1½ Uhr im Strickerschen Auditorium.

Nitze berichtet über seine zur Untersuchung der Harnorgane und zu Operationen in denselben konstruierten Instrumente.

Zunächst demonstriert er ein Cystoskop No. 15 der Charrièreschen Skala. Mittels diesem gelingt es, sofort nach der Lithotripsie die Blase auf zurückgebliebene Steinfragmente zu untersuchen. Sobald die Lithotripsie beendet und die Spülung keine Fragmente mehr zu Tage führt, wird das Cystoskop sogleich eingeführt und der Blaseninhalt durchforscht. Man wird nicht, wie man voraussetzen sollte, durch Blutung gestört. Durch diese Untersuchung schützt man sich am besten vor baldigen Recidiven.

Eine weitere Aufgabe, die Nitze zu lösen suchte, war die Ureterensondierung, wobei er die Absicht verfolgte, eine Sonde einführen und liegen lassen zu können. Die ersten Versuche machte er mit geraden Instrumenten, jedoch kann man mit denselben die Ureterenmündung ja leicht sehen, aber nichts durch dieselben in sie einführen; dazu muſs man mit Rücksicht auf die anatomischen Verhältnisse Instrumente haben, welche vorn schnabelförmig abgebogen sind. Um aber die Sonde auch liegen lassen zu können nach der Einführung, konstruierte er ein Cystoskop, durch welches man eine Sonde in den Ureter bringen kann, worauf man das Cystoskop entfernt, ohne die Lage der elastischen Sonde zu stören. Das Instrument ist ziemlich kompliciert gebaut, funktioniert aber gut. Ob es Männer oder Weiber betrifft, ist für die Anwendung dieses Instrumentes gleichgültig.

Ferner demonstriert Nitze ein Operationscystoskop, mittelst dessen Blasentumoren endovesikal unter Leitung des Auges entfernt werden können und achtmal von ihm bereits entfernt sind. Es ist ein Cystoskop, welches eine Drahtschlinge trägt, die beliebig groſs gestellt werden kann. Man kann nun die kalte Schlinge oder auch die galvanokaustische anwenden. Auffallend ist es, daſs letztere in der Blase, trotzdem sie in Wasser taucht, anstandslos funktioniert. Ein so entfernter, vorgezeigter Tumor hat sogar die Gröſse eines Apfels. Die abgetrennten Tumoren werden durch die Urethra spontan entleert. Die Operation kann ambulant ausgeführt werden.

Schlieſslich führt Nitze mittelst des Skioptikons eine Reihe von mittelst des Cystoskops aufgenommenen Photogrammen der Blase vor, die zum groſsen Teile auch für den mit der Cystokopie nicht vertrauten Zuschauer recht verständlich und instruktiv sind. Besonders sind die Blasensteine mit gröſster Klarheit zu sehen, bei denen allerdings die Diagnose auch ohne Cystoskop meistens zu stellen ist. Groſser Beifall ohnte den auf seinem Gebiete bahnbrechenden Forscher und Erfinder.

Kombinierte Sitzung vom 25. September, nachmittags 3 Uhr.

Es sind vereinigt die Abteilungen: 22. Interne Medizin, 23. Chirurgie, 26. Psychiatrie und Neuralgie, 28. Ohrenheilkunde, 29. Laryngologie und Rhinologie, 30. Dermatologie und Syphilodologie. — Die Sitzung findet in dem Sitzungslokale der letztgenannten Sektion statt. — Prof. v. Bergmann eröffnet die Sitzung, motiviert ihre Berufung auf Grund der Statuten der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte. In dieser gemeinsamen Sitzung sei der Ausdruck des Bestrebens, die Beziehungen zwischen der Naturforscherversammlung und den Spezialkongressen zu regeln. Der Wunsch nach einer Kombination sei von verschiedenen Seiten geäufsert worden.

Prof. v. Bergmann wird zum Vorsitzenden gewählt. Es spricht zunächst:

Prof. v. Bruns-Tübingen: **Über die Behandlung der Struma mittelst Schilddrüsenfütterung.** Der Schilddrüsensaft hat sich bei manchen Prozessen bewährt;

überall handele es sich um Defekte der Schilddrüse. Es lag nahe, auch bei der Struma die Darreichung des Schilddrüsensaftes zu versuchen. Der Versuch hat ganz überraschende Erfolge ergeben.

Es handelte sich stets um reine Parenchymkröpfe ohne Komplikationen; cystische Kröpfe geben von vornherein keine Aussicht auf Erfolg. Zuerst wurden Kinder und jugendliche Individuen gewählt. Zur Fütterung wurde die frische, rohe Schilddrüse vom Kalbe in Oblaten benutzt. Von 12 Fällen wurden 9 geheilt oder sehr erheblich gebessert; in 3 Fällen war kein Erfolg zu verzeichnen. In einem Falle war eine gleichmäfsig vergröfserte Schilddrüse in 14 Tagen verkleinert, nach 4 Wochen ganz zur Norm zurückgekehrt. In einem anderen blieb ein Rest zurück, der sich als cystisch erwies. Bei einem Patienten schwand nur die eine Hälfte. Die drei Fälle mit negativem Erfolge betrafen Patienten im Alter von 23—57 Jahren, von denen zwei nur 14 Tage behandelt wurden. Es waren grofse Strumen, die zu Atembeschwerden geführt hatten. Die Strumektomie erwies einmal Cystenbildung, einmal kolloide Degeneration.

Nur in einem Falle wurden Nebenwirkungen beobachtet. Es waren 46,0 in 14 Tagen eingenommen worden, als sich Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Pulsbeschleunigung ohne Fieber, Abnahme des Körpergewichtes entwickelten. Eine geringe Abnahme des Körpergewichtes wurde häufig beobachtet. Es wurden 5,0 bei Kindern, 10,0 bei Erwachsenen gegeben, im ganzen 40,0—200,0 verbraucht. Aus diesen therapeutischen Versuchen geht so viel hervor, dafs die Schilddrüsenfütterung bei manchen Strumen eine spezifische Wirkung ausübt. Reinhold, der bei kropfbehafteten Geisteskranken dieselbe Therapie versuchte, hat auch mit Bezug auf die Rückbildung der Schilddrüse positive Erfolge gehabt. Besonders sind die Aussichten günstig bei frischen Strumen jugendlicher Individuen. Die hyperplastischen Formen mit kolloider Degeneration und Cystenbildung eignen sich nicht für diese Behandlungsmethode. Ob Recidive eintreten, ist bisher ebenso dunkel, wie die Wirkungsweise. Jedenfalls geben die Resultate eine Anregung zu weiteren Versuchen.

Prof. Eulenburg-Berlin: **Basedowsche Krankheit und Schilddrüse.** Die Versuche, die Basedowsche Krankheit von der Schilddrüse in Abhängigkeit zu bringen, sind nicht neu, sie sind schon 1855 laut geworden. Jedoch berücksichtigten die damaligen Bestrebungen nur den mechanischen Faktor, die Vergröfserung der Schilddrüse; durch diese sollte ein Druck auf die Nerven ausgeübt werden, welcher dann Herzpalpitationen und den Exophthalmus auslöste. Die mechanische Schilddrüsentheorie ist als durchaus verfehlt zu bezeichnen, sie ist ganz hinfällig. Die neueren Bestrebungen, welche eine chemisch-toxische Schilddrüsentheorie aufstellen, gehen aus von Möbius, der 1887 zuerst den Gegensatz zwischen Myxödem und Morbus Basedowii feststellte. Obgleich dieser Gegensatz zuweilen nur ein scheinbarer ist, da Übergangsformen vorkommen, so kann diese Auffassung uns doch zu einer richtigen Anschauung führen.

Naheliegend ist es, an einen Nerveneinfluſs zu denken, jedoch mufs man bedenken, dafs man durch Nervenreizung keine Sekretion der Drüse hervorrufen kann. Veränderung der Blutbeschaffenheit spielt wahrscheinlich mit; eine quantitative Überfüllung der Drüse mit Blut ist stets vorhanden. Qualitative Veränderungen des Blutes sind als Begleiter des Morbus Basedowii stets angenommen worden. Es handelt sich nach der Ansicht des Vortragenden bei diesem Leiden also zunächst um eine excessiv gesteigerte Schilddrüsensekretion, möglicherweise noch verbunden mit einer qualitativen Anomalie (erhöhte Toxicität) des von der Drüse gelieferten Sekretes, wodurch das letztere in spezifischer Weise pathogen wirkt. Nicht unwahrscheinlich ist es ferner, dafs mit der quantitativen und qualitativen Sekretveränderung auch eine veränderte

Abführung des Sekretes aus der Drüse einhergeht. Der die anomale Drüsensekretion auslösende pathologische Reiz ist wahrscheinlich einerseits in der gesteigerten arteriellen Fluxion und Blutüberfüllung der Drüse, andererseits in krankhafter Blutveränderung zu suchen.

Für diese Theorie spricht auch der therapeutische Erfolg. Verfahren, welche die Schilddrüse oder die Blutbildung in Angriff nehmen, beeinflussen den Morbus Basedowii.

Buschau - Stettin: **Kritik der Schilddrüsentheorie der Basedowschen Krankheit.** Der Vortragende wendet sich eingehend gegen die von Möbius angebahnte Theorie. Die Schilddrüsenanschwellung ist nicht die Ursache, sondern nur ein Symptom der Krankheit, welche die Herzanomalien oft einleiten, während die Struma viel später entsteht. Grundverschiedene anatomische Veränderungen der Schilddrüse sollen die Basedowsche Krankheit hervorrufen können. Die Häufigkeit der Struma und der Basedowschen Krankheit stehen in keinem Verhältnis zu einander; es giebt in mancher Gegend viele Kröpfe, aber keine Basedowsche Krankheit. Wo bei hochgradiger Struma sich Erscheinungen der Basedowschen Krankheit einstellen, beruhen dieselben auf Druck (Vagus). Das sind Pseudo-Basedows. Worin bestehe die von Möbius vermutete Giftwirkung? Auch das Tierexperiment entspricht nicht dieser chemisch-toxischen Theorie. Die Darreichung von Schilddrüsensaft müfste nach dieser Theorie das Bild der Basedowschen hervorrufen; aber bis auf eine Tachykardie hat man danach nichts Entsprechendes beobachtet. Die Erfolge der Chirurgen sind von diesen übermäfsig hervorgehoben worden, es herrscht da ein starker Optimismus. Wo gute Erfolge erzielt sind, handelt es sich gar nicht um wirklichen Morbus Basedowii, sondern um ähnliche Krankheitsbilder, die fälschlich so bezeichnet werden. Von 98 operierten Fällen (Exstirpation, Resektion, Unterbindung der Gefäfse) sind angeblich 16 geheilt, von diesen waren aber sicher 14 nur Pseudo-Basedow bei Kropfbildung. Die Aufhebung des Druckes, die Ruhe, die psychische Beeinflussung sind es, die dort, wo ein Erfolg vorhanden ist, denselben erzielen, wie bei allen funktionellen Neurosen.

Diskussion.

Prof. Krönlein-Zürich empfiehlt die Operation der Struma bei Basedow auf das wärmste. Er hat acht Fälle mit partieller Strumektomie operiert. Die Fälle verteilen sich auf 6 Jahre, der letzte ist vor ½ Jahr operiert. Die Unterbindung der Gefäfse hat er nicht ausgeführt, da man durch die Strumektomie gleichzeitig den Druck auf die Trachea beseitigt; die Gefahr ist aber bei letzterer nicht gröfser. Die Behandlung ist ja eine rein empirische, aber doch erfolgreiche. Alle acht Fälle waren bestimmt Fälle von echtem Morbus Basedowii, sie sind von internen Medizinern als solche diagnosticiert. Die Operation verlief stets glatt, die Heilung erfolgte unter zwei Verbänden. Er kennt keinen Erfolg der operativen Therapie, der so überraschend ist, wie derjenige der Strumektomie bei Basedowscher Krankheit. Die Besserung stellt sich bald ein. Eklatant ist die Differenz der Pulsfrequenz vor und nach der Operation, die natürlich unter allen Kautelen im Schlafe hergestellt wurde. Die Tachykardie schwindet schnell und dauernd. Die anderen Symptome werden aber auch beseitigt. Natürlich sucht man bei der Operation die vorzugsweise vergröfserten, Druck ausübenden Teile der Schilddrüse aus. Die Kranken fühlen sich wie neugeboren. Die nervösen Erscheinungen, die Unruhe, das Zittern werden beseitigt oder wenigstens sehr erheblich gebessert. Krönlein kann daher die Operation nur warm empfehlen und ist in dieser Richtung Optimist. Die Resultate sind geradezu glänzende; in allen Fällen ist bisher der Erfolg auch ein dauernder gewesen, so dafs diese Operierten zu den dankbarsten Patienten gehören.

Geh. Rath Prof. Jolly-Berlin: **Syphilis und Aphasie.** Der Vortragende berichtet über einen charakteristischen Fall unter Demonstration von Präparaten, in

welchem Aphasie auf luetischer Grundlage vorhanden war. Derselbe betrifft einen 24 Jahre alten Mechaniker, der 1½ Jahre vor seinem Tode in der Nervenklinik beobachtet war. Er hatte sich acht Monate vor seiner Aufnahme luetisch inficiert. Bei der Aufnahme bestanden noch Drüsenschwellungen, Exantheme, Haarausfall; Reste dieser Symptome blieben trotz entsprechender Behandlung bis zum Tode bestehen. Bei der Aufnahme fand man meningitische Erscheinungen, Kopfweh, Schwindel, Erbrechen, frequenten Puls, aufserdem doppelseitige Abducenslähmung, exquisite beiderseitige Stauungspapille. Diese Erscheinungen gehen nach einem halben Jahre zurück, ebenso eine später sich einstellende periphere Facialislähmung. Dann stellte sich aber eine rechtsseitige Hemiplegie ein, anfangs mit schlaffem, später mit spastischem Charakter, daneben absolute Worttaubheit und absolute Aphasie, die bis zum Tode fortbestanden. Die Sektion ergab: fleckweise Trübung der Dura, die an einer Stelle verdickt und verwachsen war mit dem linken Schläfenlappen; fleckweise Trübung der Pia, besonders an der Basis, Verwachsung derselben mit der ganzen hinteren Hälfte der Hemisphäre; vollkommene Zerstörung des ganzen Scheitellappens, der beiden ersten Schläfenwindungen, des Gyrus angularis, Praecuneus und Cuneus, von welchem letzteren nur die unterste Fläche erhalten war. Basalarterien erheblich verdickt, stellenweise verengt; vollständige Obliteration der Arteria Sylvia sinistra; geringe Reste von Veränderungen im Chiasma, entsprechend der rückgängig gewordenen Stauungspapille, die Uhthoff in 100 Fällen von Syphilis 14 Mal fand, worunter aber nur einmal Erblindung auftrat.

Die zerstörten Gehirnteile waren entweder erweicht, oder narbig, oder gummös.

Bei der Syphilis findet man fast niemals eine Meningitis allein, fast stets sind gleichzeitig Erweichungen an mehreren Stellen vorhanden, nicht an einer einzelnen. Auch wo Gummata vorhanden sind, findet man an anderen Stellen gleichzeitig Erweichungsherde. Die Gefäfsveränderungen treten bei der Syphilis schon früh auf.

Die Worttaubheit war in diesem Falle sehr ausgesprochen, er hörte, aber er blieb verständnislos. Sie erklärt sich nach den Wernickeschen Erfahrungen aus dem Zugrundegehen der beiden ersten Schläfenwindungen.

Schwer ist die totale Aphasie zu erklären, da die Brocasche Windung nur teilweise erkrankt war. Vielleicht ist dieselbe durch den gänzlichen Ausfall der Hörsphäre bedingt. Auffallend war die Fähigkeit des Kranken, zu lesen und zu schreiben, wenn dieselbe auch eine beschränkte war. Das Lesen ging nicht fliefsend, die Lesefähigkeit beschränkte sich auf eine gröfsere Reihe von Hauptworten. Er gab durch Gesten kund, dafs er sie kannte, so z. B. sein Schild, und schrieb sie auch nach. Jedenfalls waren es vorwiegend solche Worte, bei welchen die Erinnerung des Wortklanges weniger nötig ist, das Schriftbild für die Erkennnng genügt. Ähnlich ging es mit dem Schreiben. Es folgt daraus, dafs bei vollständigem Fehlen der linken (Wort-) Hemisphäre die Erinnerung der Schriftbilder gewisser Worte erhalten bleiben kann.

Allgemein bemerkt der Vortragende: Die Aphasie ist ein verhältnismäfsig häufiges Symptom der Syphilis, meist ist die Störung nur eine vorübergehende. Überwiegend häufig ist es eine amnestische Aphasie. Solche Fälle, wie der eben geschilderte, wo Störung eine so starke und so anhaltende ist, geben eine schlechte Prognose trotz energischer Behandlung.

Schubert-Nürnberg berichtet ausführlich über einen **Fall von Hirnabscefs.** Ein 32jähriger Arbeiter leidet an Otitis media acuta dextra, die nach wiederholter Paracentese vollkommen heilt. Dann tritt eine gleichseitige Abducenslähmung auf, die der Vortragende nicht mit der abgelaufenen Otitis in Zusammenhang zu bringen geneigt war. Bald darauf trat Coma ohne Erbrechen, mit Schwindel, Delirien, 60—65 Pulsen auf; Druck auf die Schläfe war sehr empfindlich. Höchste Temperatur 37,7. Das Bewufstsein bessert sich vorübergehend, dann stellt sich gekreuzte Monoplegie mit

Hypästhesie ein. Alles sprach für Abscess, schneller Verlauf, Schwanken der Erscheinungen, Erhöhung der Temperatur, Schmerz in der Schläfe. Bei der Operation findet man in der Schläfengegend einen Abscefs, langsam tritt Besserung ein, der Kranke kann schon das Bett verlassen. Eine Woche darauf wieder Verschlimmerung, das Bild einer Leptomeningitis. Die Sektion ergiebt einen zweiten Abscefs neben dem ersten.

Sitzung vom 26. September, nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Behrend-Berlin.

Schiff-Wien: **Neuere therapeutische Versuche. I. Operative Behandlung des Lupus vulgaris.** Die Ergebnisse der Lupusbehandlung sind ja bisher wenig erfreuliche, Recidive bilden die Regel. Nachdem auch die Kochsche Behandlung keinen Erfolg gehabt, mufste man sich freuen, dafs die Chirurgie sich für die Lupustherapie zu interessieren begann. Die Excision und Transplantation nach Thiersch wurden ausgeführt. Der Vortragende hat selbst nach dieser Methode 17 Fälle operiert oder operieren lassen, von welchen er zwei vorführt. Der eine litt an Lupus des Unterschenkels, wurde von den verschiedensteu Ärzten in der verschiedensten Weise behandelt ohne dauernden Erfolg. Vor 1½ Jahren ist dann die kranke Partie excidiert, der Defekt durch Transplantation gedeckt. Die Behandlung dauerte sechs Wochen und hat ein bisher dauerndes Resultat gegeben. An der Grenze der aufgelegten Lappen sieht man keloidartige Wülste.

Der zweite Patient litt an Lupus des Unterarmes, zeigt eine keloidartige Narbe

Von den Fällen sind alle geheilt, bei denen der Lupus an Stamm und Extremitäten safs, Recidive sind nicht eingetreten. Schlechter sind die Erfolge bei Lupus des Gesichts. Hier lassen sich die Lappen nicht so immobilisieren, sie haften schlecht; die Narben sind nicht glatt. Von den Operierten sind nur drei geheilt, bei vier war der Erfolg negativ, Recidive traten ein.

Diskussion.

Kaposi: Da so häufig schon über die chirurgische Behandlung des Lupus vulgaris gesprochen worden ist, erscheint es nötig, darauf hinzuweisen, dafs man nicht durch einseitige Betonung des Erfolges bei den praktischen Ärzten die Vorstellung erwecken darf, man könne den Lupus vulgaris in seiner schwersten Form, bei Lokalisation im Gesichte, beherrschen. Eben durch die Lokalisation ist eine grofse Einschränkung für die chirurgische Methode gegeben. Die Ausführung der Exstirpation bei Lupus ist ein altes Verfahren. Volkmann hat an einer Stelle in seinen Heften früher es ausgesprochen, in sechs Wochen sei er mit jedem Lupus fertig. Später, als er mehr Erfahrungen gesammelt, hat er jedenfalls anders gedacht. Vom moralischen Standpunkte aus ist ein solcher Ausspruch aber sehr schädlich. Man mufs erst den Lupus kennen, bevor man solch allgemeine Sätze ausspricht. Die Heilung durch Exstirpation ist ja natürlich möglich, aber, wenn man sich die Fälle ansieht, so findet man nur sehr wenige, welche sich für das operative Verfahren eignen. Fast nie eignen sich Fälle mit Lupus im Gesichte dazu. Bei aller Anerkennung der Methode mufs man sagen, bei vielen umschriebenen Erkrankungen ist sie geeignet, besonders wo keine kosmetische Rücksichten obwalten. Wenn Chirurgen es ausgesprochen, dafs die Dermatologen die chirurgische Therapie des Lupus vernachlässigt hätten, so hätten sie nur wenig Lupus gesehen. Als Dermatologe müsse man gegen derartige Aussprüche Verwahrung einlegen.

Kaposi empfiehlt die Methode, wo es angeht. Hebra habe schon bei einem jungen, schönen Mädchen einen aufgetretenen Lupusfleck radikal mittelst der Wiener Ätzpaste bis auf die Fascie zerstört, um ein Fortschreiten zu verhüten, habe also die Bedeutung der Radikaloperation erkannt. Für die meisten Fälle von Lupus der Extremitäten ist die Exstirpation leicht durchführbar, im Gesichte aber nur sehr selten

In Leipzig ist seiner Zeit ein Fall mit Totalexstirpation der rechten Wange gezeigt, wo das kosmetische Resultat ein sehr übles war. Keine Operation kann so schöne Narben schaffen, wie sie der langsam heilende Lupus hinterläfst; man darf doch kein energisches Verfahren anwenden, das kosmetisch schlechtere Resultate giebt, als die Spontanteilung bei den üblichen, weniger eingreifenden Behandlungsweisen. Die Rücksicht auf eine etwa dem Lupus folgende Phthise kann für die Radikaloperation nicht mafsgebend sein, denn dieselbe tritt vielleicht nur in 2% der Fälle auf.

Lang berichtet aus eigener, gröfserer Erfahrung über die chirurgische Beseitigung des Lupus. Natürlich ist die Methode nicht in jedem Falle anwendbar, gewisse Einschränkungen sind durch den Lupus selbst und seinen Sitz gegeben. Dafs aber die Exstirpation für den gröfsten Teil der Fälle nicht anwendbar sei, wie Kaposi meint, kann er nicht zugeben. Letzterer hat jedenfalls ausgebreitete Formen im Auge, aber der Lupus wird nicht gleich in grofser Ausdehnung geboren, er fängt stets mit einem kleinen Herde an, ist zuerst immer distinkt. Entfernt man diese kleinen Herde sofort im Beginne radikal, dann wird man in Zukunft viel seltener Gelegenheit haben, ausgebreitete Formen zu sehen. Es giebt ja Fälle, wo man 30 Jahre einen Lupus auf alle mögliche Weise behandelt, ohne mit ihm fertig zu werden. Einen solchen Fall hat der Redner in einer Sitzung radikal geheilt. In einem Falle, wo der Lupus des Gesichtes jahrelang allen therapeutischen Eingriffen getrotzt hatte, fafste er den Mut, die kranke Haut der ganzen rechten Gesichtshälfte in einer Sitzung zu exstirpieren und nach Thiersch zu decken. Ein Jahr danach trat keine Spur von Lupus im Operationsgebiete auf. Nur aufserhalb desselben zeigten sich zwei kleine, frische Lupusknötchen.

L. ist mit seinen Resultaten in einer Reihe von Fällen sehr zufrieden. Im Gesichte ist ein Übelstand dadurch gegeben, dafs nach Exstirpation trotz der Implantation Thierschscher Lappen, die er bis visitenkartengrofs geschnitten, doch die Stelle narbenähnlich aussieht und unter den Lappen es doch zu einer narbigen Retraktion kommt. Natürlich sieht so ein Gesicht nicht hübsch aus. Man mufs doch aber zwei Momente im Auge behalten: Heilung und kosmetisches Ergebnis. Letzteres ist bisher nicht schlechter, als nach anderen Behandlungsmethoden. Sitzt die Affektion in der Nähe der Augenlider, dann tritt auch Ektropion ein; man kann aber versuchen, dasselbe sofort durch eine Plastik zu beseitigen. Eine andere Unannehmlichkeit war, dafs in zwei Fällen ein Stück von der Parotis mitgenommen werden mufste. Einmal entstand infolgedessen eine Fistel, die sich aber nach 14 Tagen spontan wieder schlofs.

Geht der Lupus in die Nase hinein, dann ist das sehr mifslich; man mufs aber dieses noch junge Verfahren weiter versuchen, vielleicht findet man noch bessere Wege, um auch solche Fälle mit Erfolg anzugreifen. In einem derartigen Falle hat er die Nase am Rücken gespalten, das Septum losgelöst, das kranke, soweit es ging, gründlich ausgeräumt. Über das Ergebnis kann er nichts sagen, da er das Kind nachher nicht mehr gesehen. Nur, wenn man auch bei schweren Fällen diese neue Methode versucht, kann man hoffen, sie weiter auszubilden, um mehr zu erlangen.

Sehr unangenehm macht sich oft die Narbenretraktion unter den Thierschschen Lappen bemerkbar; so kam es bei einem Mädchen mit Lupus am Handrücken nach der Exstirpation zu einer Hyperextension der Finger durch Narbenzug. Es wurde dann die Narbe exstirpiert, ein stielloser Lappen eingepflanzt, und es ist zur Heilung mit ausgezeichnetem Erfolge für die Beweglichkeit der Finger gekommen.

L. erkennt an, dafs man ja in vielen Fällen den Lupus durch dieses Verfahren nicht heilen kann, aber man mufs für dasselbe eintreten, um frühzeitig vorzugehen, im Beginne den Lupus zu heilen, dasselbe weiter auszubilden und für vorgeschrittene Fälle geeignet zu machen.

Behrend-Berlin kann sich mit den Ausführungen, wie sie bisher gemacht sind, nicht einverstanden erklären. Es giebt keine bestimmte Behandlungsmethode des Lupus, jeder Fall muſs individuell nach seinen klinischen Erscheinungen behandelt werden. Die Exstirpation und Transplantation ist bald indiciert, bald nicht, bald mit anderen Behandlungsmethoden zu kombinieren. In einem Falle hat B. schlechte Erfahrungen gemacht, da das ganze transplantierte Stück später lupös wurde. Die Totalexstirpation ist nicht immer möglich, das erklärt sich durch die Ausbreitung des Lupus. Dieser schreitet in die Tiefe der Haut fort und ist da viel weiter ausgebreitet, als an der Oberfläche. In diesem Sinne ist jeder Lupus ein serpiginöser. Man muſs immer den Grundsatz festhalten, daſs man durch therapeutische Eingriffe nicht Verhältnisse schaffen soll, die schlechter sind als diejenigen, welche vorher bestanden. B. kommt meist mit einfacheren Methoden zum Ziel. Er beginnt mit Sublimatumschlägen (1 ‰), welche eine Exfoliation der einzelnen Lupusinfiltrate bewirken, wie wir sie bei der spontanen Involution sehen. Man begrenzt dadurch die Infiltration, macht sie aus einer diffusen zu einer umschriebenen. Sodann greift man zur Elektrolyse, wobei man am Rande die Nadel schräge einführt.

B. kann die Exstirpation, im Gegensatze zum Vortragenden, nicht als Behandlungsmethode des Lupus vulgaris empfehlen.

Schiff erklärt, daſs er nur einen Beitrag zur Lupustherapie liefern, keineswegs eine Diskussion über die ganze Lupustherapie anregen wollte. Selbstverständlich muſs man die operablen Fälle aussuchen. Wenn aber das Publikum erst mehr Vertrauen in die ärztlichen Leistungen bei Lupus vulgaris gewonnen haben wird, dann wird man auch die Anfangsstadien zu Gesichte bekommen und radikal heilen. Die desperaten und inoperabeln Fälle werden dann immer seltener werden.

Schiff (II. Vortrag): **Über Kollasin.** Trotz der Überproduktion an neuen Arzneimitteln will der Vortragende doch ein neues Präparat vorführen, von dessen Wirksamkeit er sich überzeugt hat. Das Kollasin, das ihm vom Direktor der Hofapotheke zur Prüfung empfohlen ist, besteht aus chemisch reiner Cellulose, gelöst in einem Aldehyd, mit einem Zusatz von Kampfer. Es bildet, auf die Haut gestrichen, einen Firnis. Seine Vorteile sind: es ist aseptisch, enthält keine Stoffe, die Bakterien einen passenden Nährboden liefern; es trocknet schnell zu einem sehr fest haftenden Häutchen auf der Unterlage ein; das Häutchen widersteht dem Wasser; die Reaktion ist eine neutrale; es ist reizlos, farblos, von keinem unangenehmen Geruch. In offener Flasche verdunstet es vollkommen. Das Kollasin löst viele Substanzen, vermengt sich gut mit anderen. Es ist dem Traumaticin und Kollodium vorzuziehen. In der Kosmetik wäre es als Basis zu Schminken verwendbar. (Verschiedene Präparate werden demonstriert.)

Diskussion.

Spiegler-Wien möchte näheres über die Zusammensetzung des Mittels wissen. Da der Vortragende nichts darüber angeben kann, so rät Spiegler prinzipiell davon ab, Mittel in der Therapie zu versuchen, deren Herstellung und Konstitution man nicht kennt; dieselben zählen zu den Geheimmitteln.

Paschkis-Wien vermutet, daſs es sich um eine Nitrocellulose handelt, die in Aceton gelöst ist; es ist also nichts anderes wie Kollodium. Zu Schminkzwecken dürfte es kaum verwendbar sein.

Schiff glaubte, das Mittel im Vertrauen auf den Direktor der Hofapotheke prüfen zu dürfen.

Ullmann-Wien hebt die Vorzüge des Epidermins hervor, das Häutchen giebt, die leicht abwaschbar sind.

L. Glück-Serajewo spricht **über den Kopfgrind in Bosnien und Herzegowina.**

Der Vortragende berichtet auf Grund des ihm zur Verfügung gestellten Materials über die bei den militärischen Untersuchungen erhobenen Befunde, daſs der Kopfgrind in der Türkei ein sehr häufiges Leiden ist. Mit Favus sind in erster Reihe die Mohammedaner behaftet, und unter diesen wiederum fast ausschliefslich die Männer. Von 22355 jungen Männern, die sich zum Militär stellten, waren 1738 (32 °/₀₀) mit Kopfgrind und Kahlköpfigkeit behaftet. In Bosnien und Herzegowina ist die Verbreitung keine gleichmäfsige; es giebt Bezirke, wo auf 1000 nur 3 Kranke, andere wo auf 1000 bis 96 Kranke gefunden werden. Mit Ausnahme von zwei Bezirken im Nordwesten ist der Westen fast ganz frei von Favus. Im Osten ist das Leiden verbreiteter, besonders in zwei Verwaltungsbezirken (Serajewo und Tuslar). Im Süden (Herzegowina) findet man weniger Favus, als in Bosnien, in keinem Bezirk wird 38°/₀₀ erreicht. In den gröfseren Städten findet man Favus häufiger als in den entsprechenden Landbezirken; es sind die Landleute viel weniger betroffen. Während die Stadt Serajevo 77 °/₀₀ aufweist, findet man im umgebenden Landbezirk nur 37 °/₀₀.

Auf 1000 Mohammedaner kommen 86, auf 1000 Christen nur 14 Kranke.

Fast so häufig wie die Muhammedaner leiden die Juden am Favus.

Will man die Ursache der grofsen Ausbreitung des Favus ergründen, so mufs man erwägen, daſs die Landbevölkerung durchweg ziemlich gleich lebt, ohne Unterschied der Konfession. Erst in den Städten, wo konfessionelle Gebräuche besonders hervortreten, findet man mehr Erkrankungen; es dürften letztere deshalb wohl auf konfessionelle Gebräuche zurückzuführen sein. Der Vortragende glaubt nun in dieser Richtung das Rasieren des Kopfes, wie es bei Mohammedanern und Juden dort üblich ist, als Hauptursache ansehen zu müssen. Die mangelhafte Reinlichkeit bei dieser Procedur ist wohl von Bedeutung. Frauen, die sich nicht rasieren, leiden dort nur sehr selten an Favus. Dagegen findet man Favus bei den Frauen in Russisch-Polen, wo sie sich auch die Köpfe zu rasieren pflegen. Das fortwährende Tragen der Kopfbedeckung, wie es dort üblich ist, trägt wohl kaum zur Verbreitung bei. Das Rasieren scheint aber nicht die einzige Infektionsquelle zu sein. Mangelhafte Haut- und Haarpflege spielen dabei mit, die Kinder bekommen Ekzeme des Kopfes, die ekzematöse Kopfhaut bietet den Favuspilzen einen geeigneten Nährboden. Von Bedeutung ist dann wohl auch das häufige Befallensein der Haustiere mit Favus, favöse Ziegen und Katzen hat der Vortragende selbst gesehen. Bei dem engen Zusammenleben der Menschen mit den Haustieren ist da eine Übertragung leicht möglich.

Diskussion.

Neumann: Vor sechs Jahren von der Regierung nach Bosnien geschickt, hat er dort viele Favuskranke in den verschiedenen Gegenden gesehen. Ein Arzt hatte allein in zwei Jahren 300 Fälle beobachtet. Auffallend war ihm die häufige Kombination des Favus mit Ichthyosis, welche er überhaupt nie so häufig gesehen habe, als bei seinem dortigen Aufenthalte. Auch daſs er keinen Fall von Onychomykosis gesehen, erschien ihm wunderbar. Über den Fall von allgemeinem Favus mit papulösen Eruptionen hat er schon in einer früheren Sitzung gesprochen.

Jedenfalls bietet die Türkei. und besonders Bosnien, das beste Feld für Favusstudien. (Fortsetzung folgt.)

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

16. ordentliche Versammlung am 12. Januar 1894.

Ein Fall von **Elephantiasis telangiectodes.** Derselbe wurde von Dr. Morton vorgestellt. T. D., 17 Jahre alt. Etwa in seinem neunten Lebensjahre wurde er durch eine Explosion von Schieſspulver verbrannt, wobei die linke Gesichtshälfte am meisten verletzt wurde. Während des folgenden Winters fing die linke Seite der

Oberlippe zu schwellen an, und diese Schwellung breitete sich allmählich über die ganze Wange aus. Seit jener Zeit ist die linke Seite des Gesichts immer gröfser als normal gewesen, aber von Zeit zu Zeit nimmt die Schwellung auf etwa 5—6 Wochen entschieden zu.

Diese Verdickung fühlt sich nicht sehr prall an, und auf Druck ist kein Ödem zu erkennen; es kann sogar durch festen Gegendruck die Schwellung der Lippe ganz beseitigt werden. Die Affektion scheint in den Blutgefäfsen, nicht im Lymphsystem lokalisiert zu sein. Diese nävoide Beschaffenheit der tiefen Blutgefäfse bedingt durch die damit verbundene Überernährung eine Hypertrophie der oberflächlicher liegenden Gewebe. In einigen Beziehungen ist dieser Fall ein fast genaues Gegenstück zu dem in Hydes Lehrbuch der Hautkrankheiten abgebildeten. Die vorzunehmende Behandlung wird in der Anwendung der Elektrolyse bestehen.

Eine einen Abscefs vortäuschende Gummabildung. Von Dr. Winfield vorgestellt. Es handelte sich um eine direkt über dem Thränengang gelegene Anschwellung, welche man in der Annahme, dafs ein Abscefs vorliege, geöffnet hatte. Als das eigentliche Wesen der Läsion entdeckt wurde, erhielt der Patient antisyphilitische Mittel, worauf eine schnelle Besserung eintrat.

Ein Fall von gemischtem Ausschlag, Psoriasis und Eccema seborrhoicum. Von Dr. Winfield vorgestellt. T. C., 16 Jahre alt, zeigte bei der ersten Untersuchung ein ausgedehntes seborrhoisches Ekzem an der Kopfhaut und dem ganzen Gesicht, mit Ausnahme des Kinns. Die Schuppen waren dunkel gefärbt und fettig. Zu Zeiten findet ein starkes Secernieren an den entzündeten Stellen statt. Einen Monat später wurde man auf einige kleine Stellen aufmerksam, welche ganz das Aussehen von Psoriasis darboten. Dieselben waren über die Streckseiten der Arme und Beine verstreut. Diese psoriatische Affektion nahm rapide zu, bis die gesamten Extensorenflächen ergriffen waren. An der Brust fand sich in der Sternalgegend ein Fleck von typischer Seborrhoe. Der Fall wurde namentlich zum Beweise der Möglichkeit einer gleichzeitigen Entwickelung dieser beiden Hautaffektionen vorgestellt.

Dr. Morton erachtete diesen Fall insofern für instruktiv, als derselbe darauf hinwies, dafs zwischen der Psoriasis und dem seborrhoischen Ekzem eine enge Beziehung bestehe. Dr. Sherwell meinte, dafs die Affektion zunächst als Ekzem begonnen habe, und da es sich um ein zu Psoriasis prädisponiertes Individuum handelte, seien späterhin die schuppenden Flecke entstanden, welche sowohl der Psoriasis wie dem Ekzem angehören. Man habe es hier in der That mit einer Symbiosis zu thun, mit der Vereinigung von zwei Krankheiten in einer einzigen Person.

Ein Fall zum Diagnostizieren. Vorgestellt von Dr. Morton. H., ca. 40 Jahre alt. Der Patient hatte etwa 18 Monate, ehe er zu Dr. M. kam, eine geringe Verdickung am Nebenhoden bemerkt. Dieselbe nahm zu, und allmählich war der ganze Hoden affiziert. Die Anamnese ergiebt nichts von Syphilis, und Drüsenschwellungen sind nicht nachzuweisen. Auch scheint die Prostata normal zu sein. Dr. Mosher hielt die Affektion für syphilitisch; der Fall habe Ähnlichkeit mit einem von ihm früher einmal beobachteten. Im Schlufswort sagte Dr. Morton, dafs antisyphilitische Mittel keinen Einfluſs auf die Geschwulst ausgeübt hätten, und er selber inkliniere zu der Diagnose Tuberculosis testis.

Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis. Vorgestellt von Dr. Winfield. Patient, ein junger Mann von 21 Jahren, hat seit fünf Jahren eine verruköse Ulceration des Handgelenks gehabt. Dieselbe begann als eine kleine Papel, welche bald eine warzenartige Beschaffenheit annahm, und als der Prozefs sich weiter ausdehnte, heilte die Mitte aus unter Hinterlassung einer unregelmäfsig gestalteten Narbe. Das Allgemeinbefinden war schlecht, der Kranke war blafs und hatte einen

leichten Husten. Sein Vater und eine Schwester waren an Phthise gestorben. Dr. Morton und Jelleffe stellten die Diagnose Lupus, während Dres. Sherwell und Raynor der von Dr. Winfield gestellten Diagnose Tuberculosis verrucosa cutis beistimmten. James MacFarlane Winfield M. D., Schriftführer.

17. ordentliche Versammlung vom 9. Februar 1894.

Dr. Morton stellte einen Fall von **Hodentuberkulose** vor. T. M., 40 Jahre alt, hatte vor ungefähr zwei Jahren, nachdem er ein schweres Gewicht gehoben hatte, eine eigentümliche Anschwellung des rechten Hodens bemerkt. Dieselbe hielt eine Zeitlang an, bis die Basis des Hodens in eine granulierende Masse überging, die unter geeigneter Behandlung bis auf eine kleine Fistel schliefslich ausheilte.

Dr. Morton zeigte auch den exstirpierten Hoden des in der Januarsitzung vorgestellten Patienten. Es finden sich deutlich ausgeprägte Herde von käsiger Entartung durch das ganze Organ verstreut.

Dr. Jelleffe zeigte ein Hautpräparat von einem an **Morbus Addisonii** leidenden Kranken. Die Vermehrung des Pigments im Rete Malpighii war vorzüglich zu erkennen. Ferner zeigte er ein Präparat von einem Nest von **Molluscum contagiosum**, an dem die sogenannten Psorospermien zu sehen waren.

Dr. Sherwell wies nach, dafs diese Psorospermien nichts anderes als verdorbenes Epithel waren. Diese Ansicht habe er immer von den fraglichen Gebilden gehabt.

James MacFarlane Winfield M. D., Schriftführer.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

V. Kongrefs der Französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie zu Lyon.

Sitzung vom 2. August 1894.

Zur Behandlung der Syphilis mittelst subkutaner Quecksilberinjektion führt Augagneur (Lyon) als Referent aus: Die Injektionsmethode wird sehr gerühmt, darf aber nicht die alten Methoden, die interne Verabreichung von Quecksilber und die Schmierkur, verdrängen, welche meistens vollkommen genügen. Nur wo diese nicht anwendbar sind, darf man subkutane Injektionen anwenden, welche auch mannigfache Nachteile haben: Sie sind oft sehr schmerzhaft, lassen eine zuweilen selbst Monate hindurch fortbestehende Infiltration zurück. Lewin hat Peroneuslähmung beobachtet, wahrscheinlich infolge einer Läsion des Ischiadicus. Lungenembolien kommen vor. Intoxikationen, selbst mit tödlichem Ausgange, sind berichtet, 10 bis 12 Todesfälle sind publiciert. Excision der Injektionsstelle wendete in einigen Fällen den Tod ab. Selbst bei Anwendung kleiner Dosen sind derartige Zufälle beobachtet. Die subkutane Behandlung ist deshalb nachteilig und nur bei besonderen Indikationen anzuwenden, die allerdings schwer festzustellen sind. Die energische Wirksamkeit kommt wohl nur bei Hirnsyphilis in Betracht. Die Behauptung, dafs weniger Recidive eintreten, ist nur das Resultat der persönlichen Erfahrung der Autoren. Über die Resorption des Quecksilbers ist noch wenig bekannt, sie wechselt bei den verschiedenen Kranken und auch bei demselben Kranken. Die Ergebnisse der Schmierkur sind weit konstanter. Die einzige Indikation für Subkutanbehandlung ist gegeben durch die Unwirksamkeit der anderen Methoden. Verfasser beschränkt also die Anwendung der subkutanen Injektionen von Quecksilberpräparaten auf wenige Ausnahmefälle.

Diskussion.

Stoukowenkow-Kiew: Das Quecksilber wirkt nur, wenn es in die Cirkulation gelangt ist. Die Schnelligkeit und Intensität der Resorption hängt ab von der Menge, der Einführungsweise, der chemischen Zusammensetzung und von dem Individuum.

Die Anwesenheit einer zu grofsen Menge von Quecksilber nach dem Schwunde der Syphiliserscheinungen würde den Organismus schwächen, man mufs deshalb die Ausscheidung desselben durch Urinuntersuchung kontrollieren. Dieselbe darf nicht 4 bis 6 mg pro die überschreiten. Am schnellsten resorbiert werden aus dem subkutan eingeführten Quecksilberdepot die löslichen Salze, von denen der Redner das Hydrargyrum benzoicum neutrale vorzieht:

Hydrarg. bensoic.	0,25
Natr. chlorat.	
Cocain. muriat.	aa 0,06
Aq. destill.	30,0

Es werden täglich 2,0 einen Monat hindurch in das dicke Fleisch nach Auftreten der Sekundärerscheinungen injiciert; dann folgen zwei Monate Ruhe und auf diese wieder Injektion von 24—30 Spritzen. Nach je 4, 6, 12 Monaten eine dritte, vierte, fünfte Serie. Unter 900000 Injektionen hat Redner nie üble Folgen gesehen.

Die unlöslichen Salze werden langsamer resorbiert, am langsamsten das metallische Quecksilber (Oleum cinereum). Will man schnelle Wirkung haben, dann mufs man von ihnen gröfsere Dosen nehmen, was stärkere Infiltrationen und Gefahr der Intoxikation mit sich bringt. Das graue Öl ist deshalb am wenigsten zu empfehlen, es wirkt sehr langsam, hat unter 53 Fällen nur 13 mal Recidive verhütet; einige Recidive waren sehr schwer. Im Harne findet man lange nach Beendigung der Kur Quecksilber in grofser Menge.

Thibierge hat bei 40 Patienten 157 Injektionen unlöslicher Salze, meist des Oleum cinereum (0,05—0,1 Hydrargyrum pro dosi) unter strenger Antisepsis angewendet. Abscesse sah er zweimal, sehr schmerzhafte Knoten blieben 5—10 Tage lang. In manchen Fällen sind die Unannehmlichkeiten für den Patienten sehr geringe. Stomatitis tritt seltener und gemäfsigter auf, als bei interner Anwendung, die Wirkung tritt schneller ein. Nach drei Injektionen heilten Syphilide, die seit 14 Jahren bestanden.

Jullien-Paris hat auf Magenerweiterungen und Leberaffektionen bei Syphilitikern früher hingewiesen, Liebreich hat gezeigt, wie Sublimat auf der Darmschleimhaut besonders die Entwickelung derjenigen Mikroorganismen begünstigt, welche zu Geschwürsbildung und Nekrose führen. Durch die subkutanen Injektionen vermeidet man den Kontakt mit dem Darme und umgeht die Leber, die das Quecksilber bei interner Darreichung zuerst empfängt. Besondere Indikationen für dieselben sind folgende: Die Erfolglosigkeit innerer Quecksilbermittel in schweren Fällen; man pflegt bei diesen kein Quecksilber im Harne zu finden, da wahrscheinlich vom Darm aus nichts resorbiert wird. Ferner indiciert die Notwendigkeit schneller Wirkung die Subkutanbehandlung, so auch, wo es sich um Differentialdiagnose gegenüber Carcinom handelt. Endlich wird man da subkutan injizieren, wo man den Körper in kurzer Zeit mit grofsen Quecksilbermengen überschwemmen will. Als Nachtheile der Injektionen werden aufgeführt: 1. Abscefsbildung, die aber vermeidbar ist; 2. Persistenz von Knötchen; 3. Intoxikation. In den bekannt gewordenen zehn Fällen hatten stets Irrtümer oder Unvorsichtigkeiten mitgespielt. Der Vortragende hat keinen Fall gesehen. Wo Intoxikation eintritt, soll man die Injektionsstelle eröffnen und auskratzen. Nur Menschen mit normalen Ausscheidungsorganen dürfen der Subkutanbehandlung unterworfen werden. Die Dosis für Kalomel ist 0,05—0,1.

Verchère-Paris will die Injektionen nur in Ausnahmefällen anwenden. Schmerzen, Infiltrationen, Abscesse sind Nachteile, die durch die etwas schnellere Heilung nicht aufgewogen werden.

Über syphilitische Pleuritis im späteren Stadium spricht Broussb-Montpellier. Nach Chantemesse giebt es eine Pleuritis im Sekundärstadium (Roseolastadium). Sie tritt während des Bestehens eines Exanthems plötzlich ohne Schüttelfrost, mit geringem oder gar keinem Fieber auf und schreitet schubweise fort. Spezifische Behandlung bringt schnelle und radikale Heilung.

Zur Behandlung des Trippers beim Weibe empfiehlt Barthélemy-Paris vorwiegend milde Methoden. Balsamica werden nur nach Nachlafs der Eiterung, im katarrhalischen Stadium, angewandt. Zu Injektionen verwendet er schwache Dosen von Kalium permanganicum. Medikamentöse Stoffe, zuweilen Elektrolyse des Uterus werden empfohlen; letztere soll die Eiterung schnell versiegen lassen.

Über subkutane, multiple Abscesse bei jungen Mädchen spricht Hallopeau. Die Haut junger Mädchen bietet den Eiterkokken, besonders dem Staphylococcus aureus, ein günstiges Terrain und kann deshalb leicht Sitz multipler Eiterungen werden, ohne allgemeine Ursachen. Es ist eine Autoinfektion, deren Eingangspforte die Drüsenmündungen darstellen. Dieses liegt besonders klar bei der Lymphadenitis phlegmonosa (Verneuil). Wo subkutane Abscesse sich finden, gehen sie von den tiefliegenden Schweifsdrüsen aus. Die Krankheit kommt besonders im Kindesalter vor und kann mit gummösen Syphiliden verwechselt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Band VI. No. 7. 1894.

I. **Eine Ansprache über die Thyreoidbehandlung von Hautkrankheiten,** von Byron Bramwell-Edinburgh. Was die Behandlung der Psoriasis mit Thyreoidpräparaten betrifft, so zieht Redner auf Grund seiner Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. In einer sehr beträchtlichen Zahl der Fälle ruft die Thyreoidbehandlung eine temporäre Heilung hervor, indem der Ausschlag gänzlich verschwindet und die Haut zu ihrem gesunden Zustande zurückkehrt.

2. In einigen, allerdings seltenen Fällen wird schon durch kleine Dosen eine rapide, unmittelbare Besserung hervorgerufen.

3. In anderen wird eine Besserung erst erzielt, nachdem deutliche Symptome von Thyreoidismus aufgetreten sind.

4. In einigen hartnäckigen Fällen weicht die Krankheit erst nach langer Zeit fortgesetzter Behandlung mit sehr grofsen Dosen von Thyreoid.

5. In vielen Fällen war der erste Effekt des Mittels eine Verschlimmerung der Krankheit und eine gröfsere Ausdehnung derselben. Dieser Effekt war jedoch nur ein temporärer und wurde gerade in solchen Fällen beobachtet, bei denen das Mittel sehr erfolgreich gewirkt hat. Man lasse sich also nicht abschrecken und sehe überhaupt keinen Fall als hoffnungslos an, solange der Patient grofse Dosen des Präparates zu vertragen im stande ist. Hauptsächlich den grofsen Dosen müsse Vortragender das Wort reden.

6. In einigen Fällen von Psoriasis scheint das Thyreoidextrakt geringe oder gar keine Heilwirkung auszuüben. Doch scheinen bei diesen Fällen andere Umstände einen hemmenden Einfluss gehabt zu haben, so Epilepsie, hochgradige Nervosität etc.

7. In einer grofsen Anzahl von Fällen, bei welchen die Hautaffektion unter der Behandlung mit Thyreoidextrakt gänzlich verschwunden war, ist früher oder später

ein Recidiv aufgetreten. Ob einem Recidiv durch ununterbrochen fortgesetzte Medikation von kleinen Dosen des Präparates vorgebeugt werden kann, vermag Vortragender nicht zu sagen.

8. Alte chronische Psoriasisfälle scheinen rascher günstig beeinflufst zu werden, als ganz frische, namentlich mit Psoriasis guttata.

Bei Lupus vermag eine konsequent und systematisch lange Zeit fortgesetzte Behandlung mit kleinen Dosen Thyreoidextrakt eine bedeutende Besserung hervorzurufen. Dabei mufs allerdings der allgemeine Gesundheitszustand der Patienten im Auge behalten werden. Von Wichtigkeit ist es, die Kranken in einer gleichmäfsigen Temperatur zu lassen und jede lokale Reizung von den befallenen Stellen abzuhalten.

In einem Falle von Ichthyosis hat B. eine auffallend rasche Besserung mit Thyreoid erzielt. Aber der Erfolg war nur ein vorübergehender. Vielleicht wird sich durch eine längere Behandlung der Erfolg bei Ichthyosis dauernd festhalten können.

Bei der Dermatitis exfoliativa haben sich die Erwartungen, welche B. in sein Mittel gesetzt hatte, nicht erfüllt.

Beim akuten und chronischen Ekzem sind die Beobachtungen zu gering, um ein bestimmtes Urteil abgeben zu können. Eine wesentliche, nachhaltige Besserung ist hier nicht eingetreten.

Bei Pemphigus hält B. es nicht für wahrscheinlich, dafs ein guter Effekt mit dem Mittel sich erzielen lasse.

In einem Falle von Alopecie ist das Wachstum der Haare unter den Thyreoidgaben befördert worden. Vielleicht wäre dies, so meint Vortragender, auch unter anderen Mitteln geschehen.

Im folgenden spricht B. über die Nebenwirkungen, welche grofse Dosen von Schilddrüsenextrakt hervorrufen können, und über die Art der Verordnung des Mittels.

II. **Auszug aus einer Ansprache über die Beziehungen der Dermatologie zur allgemeinen Medizin**, von Pye-Smith. Die Dermatologie hatte viel zu kämpfen mit der traditionellen Neigung der Ärzte, die Hautkrankheiten hypothetischen Ursachen zuzuschieben. So schob man vielfach das Ekzem, die Scabies, die Syphilis dem Skorbut, der Skrophulose, der Struma in die Schuhe. Seitdem die Dermatologie in wissenschaftliche Bahnen gelenkt worden ist, ist auch eine wirkliche Ätiologie der Hautaffektionen etabliert worden. Hierdurch ist auch manches für eine vernünftige Nomenklatur und Klassifikation der Hautkrankheiten gewonnen worden, aber es bleibt in dieser Beziehung noch viel zu arbeiten übrig. Folgende Gesichtspunkte sind, was die Nomenklatur betrifft, im Auge zu behalten:

1. Jede Krankheit sollte einen einzigen, wohl unterschiedenen Namen haben, aus dem sich auch ein Adjectivum, sei es in griechischer oder lateinischer Form, bilden liefse.

2. Keine Bezeichnung, welche von einem Schriftsteller vor Willans und Batemans Zeiten gebraucht wurde, sollte als von einer Autorität herrührend angesehen werden; man sollte sich hauptsächlich an die Bezeichnungen dieser beiden Autoritäten und an die nachfolgender Autoren, soweit es angeht, halten.

3. Neue Namen sollten nur nach gemeinsamer Beratung und mündlicher Diskussion eingeführt werden.

4. Bezeichnungen nach den Entdeckern der Krankheit sind möglichst zu vermeiden. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1894. Heft 6.

Eine Epidemie von Herpes tonsurans im Asyl LAMBRECHTS, von LOUIS WICKHAM. Das Asyl LAMBRECHTS ist teils Siechen-, teils Waisenhaus und beherbergt auch 70 Knaben. Unter ihnen herrschte der Herpes tonsurans seit mehreren Jahren epidemisch, und W. ward berufen, geeignete Maßregeln zur Beendigung der Epidemie zu treffen. Er schickte die gesunden Kinder nach Hause, die kranken, 48 an der Zahl, ins Hospital und ließ die von ihnen bewohnten Räume gründlich desinfizieren. Die Beobachtung der im Hospital behandelten Knaben bildet den Hauptinhalt der Abhandlung.

Es handelte sich in allen Fällen um das Trichophyton megalosporon endothrix, „à mycélium résistant". Diese Form ist sehr hartnäckig und kann an zwei Jahre dauern. Zur Heilung des Herpes tonsurans sind mindestens acht Monate erforderlich. Häufig werden Kinder als geheilt bezeichnet, die es noch nicht sind, denn die letzten Reste der Krankheit werden oft übersehen, und W. hat, um sich vor Irrtümern zu bewahren, ein sehr sorgfältiges Verfahren eingeschlagen, das er ausführlich mitteilt. Namentlich das Endstadium der Tinea, wenn nur noch ganz kleine Plaques, die 1—3 Haare umfassen, übrig sind, erweist sich oft als recht langwierig. Hier thun die Elektrolyse, der Elektro-Kauter und das Krotonöl gute Dienste. Die dabei hervorgerufenen Narben sind von keiner Bedeutung.

Familien-Syphilis, von SPILLMANN und G. ETIENNE. Die Verfasser teilen fünf derartige Beobachtungen mit, in welchen die Syphilis von einer Person auf extragenitalem Wege anderen Familienmitgliedern übertragen wurde. Im Fall 1 hatte der zuerst Erkrankte auch einen extragenitalen Schanker. Im übrigen bieten die Fälle nichts Bemerkenswertes.

Über einen Fall von Vitiligo, Lichen ruber planus und Neurodermitis chronica circumscripta bei einer und der nämlichen Person, von E. WELANDER-Stockholm. Ein 24jähriger, ganz gesunder und aus gesunder Familie stammender Arbeiter erlebte einen Schiffsunfall, bei dem er beinahe ertrunken wäre. Er wurde in der Folge reizbar, heftig und zu Zornesausbrüchen geneigt. Daneben entwickelte sich allmählich ein Hautausschlag, den WELANDER $1^1/_2$ Jahre nach dem Unfall zu Gesicht bekommt und wie folgt beschreibt:

Es bestehen erstens in ziemlich regelmäßiger Verteilung auf der ganzen Haut weiße Flecken von bald runder, bald ovaler oder unregelmäßiger Begrenzung. Diese Stellen, die schon bald nach dem Unfall auftraten, schmerzen und jucken nicht, und die Haut zeigt hier auch sonst keine Veränderungen. In der Umgebung dieser weißen Flecke ist die Haut vielfach dunkler gefärbt und nimmt stellenweise eine fast schwarze Farbe an.

Ferner findet sich auf der Außenseite des rechten Oberschenkels eine große weiße Stelle, die dem Kranken seit Monaten das heftigste Brennen verursacht. Dieser Herd ist ungefähr 12 cm lang und 6 cm breit. Die Haut ist hier verdickt, hervorragend, mit zahlreichen, sich rechtwinklig oder rautenförmig schneidenden Furchen durchsetzt. Überall und namentlich in den Furchen besteht eine leichte Abschuppung feiner Schüppchen. In der Nachbarschaft dieser infiltrierten Hautstelle finden sich einige spitze Papeln, die aber mit den Haarfollikeln nichts zu schaffen haben. Ein ähnlicher Herd findet sich auf dem Rücken in der Nierengegend; Ansätze dazu in den Kniekehlen und auf der linken Gesäßhälfte.

Endlich gewahrt man auch noch, namentlich am Rumpf und den Schenkeln, eine große Anzahl kleiner brauner Flecken, sowie auch einzelne kleine gelbliche bis bräunliche Papeln.

Welander deutet diese drei verschiedenen Exantheme als Vitiligo, Neurodermitis circumscripta und Lichen ruber planus und führt sie alle drei auf die heftige Erschütterung des Nervensystems gelegentlich des Unfalls zurück.

Türkheim-Hamburg.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1894. Heft 6.

Über die Gefahren der Durchbohrung der Ohren für die Ohrringe, von H. Fournier. Diese kleine Abhandlung, deren Gedankengang man nur zustimmen kann, enthält zweierlei kulturgeschichtlich Interessantes: einmal, dafs in Frankreich die Mädchen sich erst mit 14—16 Jahren die Ohren durchbohren lassen; zweitens, dafs das dort von den Verkäufern der Ohrringe, den Juwelieren, besorgt wird. Letzterer Umstand birgt die Gefahr, und der Verfasser berichtet über eine gröfsere Zahl von Fällen, in denen durch unreine Instrumente bei der kleinen Operation mehr oder weniger ernste Krankheiten übertragen wurden. Ekzem und Impetigo, aber auch Lupus und andere Formen der Hauttuberkulose figurieren hierbei in erster Linie. Merkwürdigerweise findet sich in der ganzen Litteratur kein Fall von Übertragung der Syphilis auf diesem Wege verzeichnet. Nicht immer kommt die Erkrankung durch Fahrlässigkeit des Operierenden zu stande. Bisweilen sind es auch die Ohrringe, die als Andenken, als Erbstück von Ohr zu Ohr wandern und die Infektion vermitteln; und in einem Fall von Leloir wurde ein junges Mädchen durch einen impetiginösen Säugling angesteckt, indem Eiter von dem Kinde in ihre frisch durchbohrten Ohren gelangte.

Zum Schlufs fordert Verfasser, dafs den Händlern mit Ohrringen das Durchlöchern der Ohren untersagt werde.

Über Hauterytheme im Verlaufe der Tuberkulose, von Ad. Bayet. Die meisten akuten und chronischen Infektionskrankheiten gehen mit Erythemen der Haut einher. Wir haben demnach gar kein Recht, uns zu wundern, wenn wir auch im Verlaufe einer Tuberkulose Hautausschläge auftreten sehen. Ja, der Verfasser betont mit Recht, dafs wir vielmehr über das Fehlen derselben bei der Tuberkulose, die doch mit der Syphilis in so vielen Punkten übereinstimmt, erstaunt sein dürfen. Vielleicht auch ist das Zusammentreffen beider Krankheiten gar kein so seltenes, und man hat nur bisher dem Erythem nicht die genügende Beachtung geschenkt, es auch nicht, da man die Tuberkelbacillen vermifste, für tuberkulös gehalten. Bayet weist nun aber darauf hin, dafs die Toxine der Bacillen, wie anderwärts, so auch hier, zur Erzeugung von Exanthemen genügen. Beweisend dafür sei das Tuberkulin. B. hält demnach das Hauterythem, das er in zwei Fällen von ausgesprochener Lungenschwindsucht beobachtete, für tuberkulöser Natur und nennt es wegen seiner auffallenden Ähnlichkeit mit der Roseola syphilitica, die auch in einem Falle zu einem diagnostischen Irrtum führte, Roseola tuberculosa. In beiden Fällen stellte sich das Exanthem gleichzeitig mit einer bedeutenden Verschlimmerung des Lungenleidens ein und beidemal konnte jede andere Ursache für sein Zustandekommen mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Die Bedeutung des Gonococcus in der gerichtlichen Medicin, von Pierre Bosc. Verfasser hält diese Untersuchung nicht für überflüssig. In einem Gerichtsfall hatte der Verteidiger des Angeklagten den Sachverständigen, der die ihm zur Begutachtung überwiesenen Flecke auf Leibwäsche für blennorrhoischen Ursprungs erklärt hatte, gefragt, ob er auch auf Gonokokken untersucht habe, und da jener verneinte, so beschlofs der Richter eine nochmalige Untersuchung, die dann für den Gonococcus bejahend ausfiel. Nun ist aber der Nachweis der Gonokokken im Ausflufs eines angeblich mifshandelten Mädchens für den Verfasser noch lange nicht beweisend.

Denn er neigt der Ansicht derjenigen Autoren zu, welche behaupten, dafs die Vulvovaginitis kleiner Mädchen viel häufiger durch irgend einen Zufall, als durch eine Gewalthandlung entstehen. Aufserdem ist aber der Nachweis von Gonokokken in den Sekreten des Opfers mit besonderen Schwierigkeiten verbunden, und der Sachverständige, von dessen Ausspruch oft so ungeheuer viel abhängt, mufs die bakteriologische Technik vollkommen beherrschen.

Die Syphilis im 18. Jahrhundert, von F. Buret. Leider wird die Geschichte der Medizin in Deutschland arg vernachlässigt. In deutschen Fachzeitschriften trifft man so gut wie niemals auf Abhandlungen, die gleichzeitig so unterhaltend und so belehrend sind, wie die vorliegende von Buret. Ob unsere medizinischen Anschauungen nach 100—200 Jahren ebensolches Lächeln erregen werden, wie wir die Meinungen unserer Kollegen aus dem 18. Jahrhundert belächeln? Die Syphilis entstand nach Ansicht der damaligen Ärzte aus einer Gärung des Samens, und diese Gärung erfolgte namentlich dann, wenn Samen verschiedener Männer zusammentrafen. Andere sahen in der Syphilis nur eine etwas veränderte Lepra. Der Tripper gilt noch als eine der vielen Symptome der Syphilis, ein Irrtum, den selbst Hunter noch teilte und der erst von Benjamin Bell beseitigt wurde. Über die Wirkungsweise des Quecksilbers waren schon damals die Ansichten geteilt, und manche erklärten die schweren Erscheinungen der Lues für eine merkurielle Krankheit; andere wieder hielten die Schmierkur erst für wirksam, wenn Salivation eintrat; noch andere meinten, dafs sie gerade dann vollkommen verfehlt sei u. s. w.

Die kleine Schrift sei jedem Leser angelegentlichst empfohlen.

Über Chroatol, von Henri Fournier. Chroatol ist eine Verbindung von Jod und Terpin, die Hamonic auf Wunsch von Fournier dargestellt hat. Hamonic erhielt zuerst ein kristallinisches, aromatisch riechendes Pulver, das namentlich bei Beingeschwüren gute Dienste leistete, im ganzen aber doch nicht befriedigte. Bei weiteren Versuchen gelang H. dann die Reindarstellung eines Jodhydrats von Terpentin. Dieses bildet eine grünlich-braune, ölige Flüssigkeit, die sich in Äther, Chloroform, Aceton u. s. w. gut löst und der Fournier eine gewisse Wirksamkeit in der Dermatologie nachrühmt

Ein Fall von Hirnsyphilis und Diabetes, von Ozenne. Ein 42jähriger, seit lange gichtleidender Mann erkrankte plötzlich mit Strabismus des rechten Auges, Kopfschmerzen, Schwindel und Schwäche der unteren Extremitäten. Bei der Untersuchung war der Harn zuckerhaltig. Die Behandlung mit Quecksilber, Jodkalium und antidiabetischer Diät war erfolgreich; mehrere Rückfälle wurden ebenso behandelt, und jetzt ist der Kranke wieder völlig hergestellt.

Obschon nun Patient von seiner Syphilis gar nichts wufste, so glaubt Ozenne dieselbe wegen der Augenlähmung und wegen der offenbar günstigen Wirkung von Quecksilber und Jodkalium doch annehmen zu müssen. Indessen scheint seine Beweisführung keine sehr glückliche zu sein.

Syphilisation ohne Schanker, von Verchère. Verchère verteidigt den Satz dafs auch eine Übertragung der Syphilis ohne Primärgeschwür vorkomme, dafs das Gift von vornherein den ganzen Körper durchdringe und sofort sekundäre oder gar tertiäre Erscheinungen hervorrufe. Er teilt drei einschlägige Beobachtungen mit, in welchen die sorgfältigste Untersuchung nach dem verdächtigen Coitus auch nicht die geringste Spur eines Geschwürs nachweisen konnte und wo sich in der Folge doch unzweideutige Symptome der Syphilis einstellten. Die Übertragung findet hier vermittelst des Samens statt. Die vielen Fälle, in denen eine Initialsklerose überhaupt niemals nachweisbar war, gehören nach Verchères Meinung hierher.

Die frühseitige Behandlung der Syphilis mit starken Quecksilbergaben, von L. Jullien. Dieser Vortrag, den Jullien in der Versammlung des neunten

Bezirks Pariser Ärzte hielt, gipfelt in dem Satze, daſs man bei frühzeitiger und energischer Behandlung des Primärgeschwürs das sekundäre Stadium monatelang hinausschieben und viel milder gestalten könne. Die von ihm angeführten Fälle sprechen sehr zu Gunsten seines Verfahrens. Sowie der harte Schanker diagnostiziert ist, macht J. von 14 zu 14 Tagen eine subkutane Einspritzung von Kalomel-Vaselin, das mit allen erdenklichen antiseptischen Vorsichtsmaſsregeln hergestellt sein muſs. Nach zwei Monten werden die Einspritzungen etwas seltener wiederholt, zuerst alle drei, später alle vier Wochen. Sind nach einem halben Jahre alle Symptome geschwunden, so kann man zu milderen Mitteln, etwa dem Oleum cinereum, übergehen, unter Umständen ist auch schon die innerliche Verwendung des Quecksilbers statthaft. Die Einspritzungen werden am besten im Hause des Patienten ausgeführt, der 1—2 Tage danach das Zimmer hütet. J. meint, auf diese Weise etwa innerhalb eines Jahres seine Patienten dauernd heilen zu können. Einzelne seiner Fälle stehen seit vier Jahren unter seiner Beobachtung. Er vertritt dabei den Standpunkt, daſs der Schanker nicht das erste Symptom der allgemeinen Syphilisation sei. Aus der Versammlung erhoben sich verschiedene Stimmen gegen sein Verfahren, das für zu umständlich erklärt wurde. Die Möglichkeit, die Syphilis abortiv zu heilen, wurde indessen von keiner Seite ernstlich bestritten.

Über die Behandlung der Psoriasis mit innerlicher Anwendung von Schilddrüsenextrakt, von J. Méneau. Ermutigt durch die günstigen Erfolge, die Davies und Bramwell mit der innerlichen Darreichung von Extractum thyreoideum bei der Behandlung der Psoriasis erzielt haben, hat auch M. dieses Mittel in vier Fällen auf der Klinik von W. Dubreuilh angewandt; aber in keinem der vier Fälle trat eine erwähnenswerte Besserung ein. Er giebt daher Sublimatbädern in der Behandlung der Psoriasis noch immer den Vorzug.

Ein Fall von ungewöhnlicher Übertragung der Krätze, von J. Méneau. Ein junger Mensch von 20 Jahren, der nie über Hautjucken geklagt hatte, schlief eines Nachts, wegen eines nervösen Leidens, mit seiner Mutter im Bett. In der nächsten Nacht verspürte die Mutter heftiges Jucken, das sie alsbald auch ihrem Manne mitteilte. M. diagnostizierte sofort Krätze, und die weitere Untersuchung ergab, daſs der junge Mensch tagsüber mit mehreren skabieskranken Knaben zusammengekommen war. Gewiſs ein seltener Ansteckungsfall von Krätze.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

No. 7. Juli 1894.

Kongestive Hämaturie in einem Fall von Nierenstein, von M. H. Hartmann. Allgemein nimmt man an, daſs die Hämaturie im Gefolge von Nieren- und Blasensteinen durch die Bewegung hervorgerufen werde. Besonders Guyon und seine Schüler haben dies dargelegt. Es giebt jedoch Ausnahmen. So berichtet Hartmann über einen Fall, in welchem trotz der völligen Unbeweglichkeit des Patienten eine Haematuria calculosa zum Vorschein kam.

Es handelt sich um ein Kind, bei welchem Ende September 1884 wegen Genu valgum der rechten Seite der Oberschenkel mittelst des Robinschen Apparates gebrochen wurde. Unmittelbar nach der Operation legte man einen groſsen Gipsverband an, welcher das Becken und die unteren Gliedmaſsen mitfaſste. In diesem Apparate liegend, wurde das Kind in den ersten Tagen des Oktober von einer leichten Hämaturie betroffen. Später, in den letzten Tagen desselben Monats, trat eine heftige Hämaturie auf, welche etwa acht Tage anhielt, bis man am 30. Oktober den Verband abnahm. Am 1. und 2. November war diese Hämaturie noch so lebhaft, daſs sie Blutgerinnsel am Boden des Gefäſses zurückliefs. Erst am 6. November

hörte sie völlig auf. Als Patient am 29. Dezember das Spital verliefs, konnte man nicht einmal mehr mit dem Mikroskop Blutkörperchen im Urin nachweisen. Angesichts dieser Thatsachen war man in der Diagnose schwankend und dachte an bacilläre Hämaturie, aber die weitere Krankheitsgeschichte zeigte, dafs dies eine irrtümliche Annahme. Drei Jahre später, während welcher Zeit nichts auf eine Erkrankung in den Harnorganen hinwies, trat der Patient wieder in ein Krankenhaus ein und erlag daselbst an Lungentuberkulose. Und nun ergab die Sektion keine krankhafte Veränderung der Harnorgane mit Ausnahme eines grofsen Steines in der rechten Niere. Diese Krankengeschichte beweist nach HARTMANN deutlich die Wichtigkeit der Kongestion bei der Entstehung von Hämaturien. Hier war die traumatische Wirkung des Steines völlig gehindert, nur eine wirkliche Kongestion konnte die Blutung hervorrufen. Auf diese kongestiven Erscheinungen hatte übrigens GUYON schon früher hingewiesen. Derselbe betonte ja: „In der Nacht erreicht di Hämorrhagie ihr Maximum, wenn zu der bereits erworbenen Kongestion diejenige hinzukommt, welche fatalerweise die Rückenlage und der Schlaf gemeinsam erzeugen."

Auch das rasche Verschwinden und die plötzliche Wiederkehr der Blutungen könne man nicht erklären, wenn man nicht der Kongestion die hervorragende Rolle zuerteilt, auf die alles hinweise. *Neuhaus-München.*

Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie.
Serie II. No. 1. 1894.

Beitrag zur Kasuistik der syphilitischen Reinfektion, von FISICHELLA. 14jährige Prostituierte; inficiert sich syphilitisch mit Initialaffekt in der Analgegend und dem ganzen Trosse der sekundären Erscheinungen. Drei Jahre später, nach vollständiger Heilung, neue Infektion mit hartem Schanker an der Wange (infolge eines Bisses während des Coitus) und nachfolgender Polyadenitis und Roseola.

Über die Beziehungen des weichen Schankers und venerischen Bubo zu den Jahreszeiten, von P. COLOMBINI. Die Untersuchungen des Verfassers führten ihn zum Resultate, dafs eine Beziehung besteht zwischen den Jahreszeiten und dem Ulcus molle und venerischen Bubo, indem man eine weit gröfsere Anzahl von Erkrankungen im Herbst als im Frühjahre beobachtet. Dieses Verhältnis findet seine Erklärung in der Thatsache, dafs die Wärme dem Streptobacillus des Ulcus molle schädlich ist. Wie nämlich eine Temperatur von 38—40° C. dessen Virulenz aufzuheben vermag, so mufs auch die warme Jahreszeit den Nährboden des Parasiten in für denselben ungünstiger Weise umgestalten. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.
2. Heft. 1894.

CARRUCCIO beschreibt einen Fall von **Eccema impetiginosum** (54jähriger Patient), bei dem die bakteriologische Untersuchung das Vorhandensein des Staphylococcus pyogenes albus und aureus in den Efflorescenzen ergab. Da aufserdem der Urin dieselben Pilze enthielt, stellt sich C. die Frage, ob nicht eine Resorption des purulenten Materials vom Urogenitaltractus stattgefunden habe.

Über Akne simplex syphilitica und deren Beziehungen zur Sepsis, von G. BURLANDO. Verfasser beschreibt 12 Fälle von Akne specifica, welche gleichzeitig mit anderen syphilitischen Manifestationen bestand.

Die entzündliche Infiltration der Haut kann um die Follikel lokalisiert bleiben (Akne); oder die Herde halten sich nicht an die Follikel, bleiben oberflächlich und führen zu reichlichem eitrigen Exsudate (Impetigo); oder die Herde dringen tiefer

in die Cutis ein und dehnen sich auch in die Breite aus, während sich die Umgebung turgesciert und induriert (Ekthyma). Diese einzelnen Formen können auseinander hervorgehen.

Verfasser unterscheidet zwei Varietäten der syphilitischen Akne:

a) die Acne follicularis (Lichen syphiliticus; kleinpapulöses Syphiloderma Kaposi) mit Sitz besonders auf den Streckseiten der Glieder, an den Lenden, auf dem Rücken;

b) Acne simplex (Acne glandulosis). Sitz: Capillitium, Rumpf, Streckseite der Glieder, Gesicht.

Impfversuche auf Tiere mit Material aus den Efflorescenzen erzeugten Abscesse, welche den Staphylococcus pyogenes albus und aureus enthielten. Hieraus geht hervor, dafs die Dermatose nicht durch das syphilitische, sondern durch ein septisches Virus verursacht wird, was bei der Therapie von Bedeutung sein dürfte.

Über einige Transplantationen mit Gewebe des sogenannten primären idiopathischen Sarkoms der Haut auf eine sekundäre Eruption derselben, von Magliano. Das Resultat von M.s Untersuchungen ist folgendes:

1. Das sarkomatöse Derma genannter Tumoren zeigt die Eigenschaft, mit gesundem oder sarkomatösem Gewebe zu verwachsen, wie wenn es sich um eine einfache Wunde im Bindegewebe handelt.

2. Die chirurgische Behandlung ist gerechtfertigt, wenn es sich auch nur darum handelte, die Zahl der Tumoren, da, wo sie sehr zahlreich sind, zu vermindern; aufserdem kann sie, wenn mit einer Arsenikkur verbunden, sehr nutzbringend werden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Besprechungen.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Dr. Max Joseph. II. Teil: Geschlechtskrankheiten (Leipzig 1894. Georg Thieme). Der zweite Teil des Josephschen Lehrbuches, der den ersten Teil an Umfang bedeutend übertrifft zeichnet sich auch durch sorgfältigere Bearbeitung des Stoffes vor dem ersten Teile aus. Den Schwerpunkt hat Joseph hauptsächlich auf die Differentialdiagnose gelegt, und das scheint uns ein sehr glücklicher Griff zu sein. Der Student oder der praktische Arzt, für die ja das Buch in erster Linie bestimmt ist, und denen, dank der Anordnung des Unterrichts an unseren Universitäten, die Dermatologie nur so nebenbei gelehrt wird, werden es dem Verfasser gewifs Dank wissen, wenn er das Kapitel der Differentialdiagnose mit ganz besonderer Sorgfalt abgehandelt hat, namentlich einer so vielgestaltigen Krankheit gegenüber, wie die Syphilis aufzutreten pflegt. Nichts schärft das Auge mehr und klärt die Zweifel und Meinungsverschiedenheiten besser, als das exakte und vorurteilsfreie Erörtern der Differentialdiagnose. Von diesem Gesichtspunkte aus wird das Buch dem Leser ganz besonderes Interesse einflöfsen.

Dafs dabei die Therapie gleichfalls auf das Interesse des Lernenden die gröfste Rücksicht nimmt, will ich nur nebenbei erwähnen.

Die Einteilung des Stoffes ist die übliche in Syphilis, Ulcus molle und Blennorrhoe und giebt keinen Anlafs zu Bemerkungen. Die Syphilis selbst wird von Joseph nach dem allgemeinen Teile über Ätiologie, Prognose etc. nach Körperregionen abgehandelt, über deren Zweckmäfsigkeit sich ja streiten läfst; allein da Joseph bis auf

die kleinsten Details eingegangen und auch die neuesten Arbeiten berücksichtigt hat, so wollen wir uns bescheiden.

Im Kapitel der Blennorrhoe berührt es geradezu wohlthuend, nicht auf Ausdrücke zu stoßen wie „männlicher" Tripper und „weibliche" Blennorrhoe etc., wie man es leider tagtäglich in den medizinischen Fachzeitschriften zu lesen gewohnt ist.

Die Ausstattung des Buches ist hinsichtlich des Papieres und Druckes eine ganz vorzügliche und sticht gegen Werke ähnlichen Genres, namentlich französische, wohlthuend ab. Eine farbige Tafel und viele Holzschnitte im Text tragen zum leichteren Verständnis des Inhaltes bei. *P. Taenser-Bremen.*

A descriptive Catalogue of the Clinical Museum and Journal of Proceedings, by J. Hutchinson. F. R. S., L. L. D. Der unermüdliche Sammler und Forscher Jonathan Hutchinson hat einen höchst anerkennenswerten und der Nachahmung würdigen Versuch gemacht, als Ergänzung zu den Museen der anatomischen und pathologisch-anatomischen Präparate eine Galerie zu arrangieren, in welcher die klinischen Erscheinungen an Abbildungen, Modellen und Abdrücken möglichst vollständig zur Anschauung gebracht werden sollen. Zu diesem Zwecke hat er ein geräumiges Haus als Bildergalerie eingerichtet, worin er sowohl Publikationen und Abbildungen von anderen Autoren als auch namentlich seine eigene, sehr umfangreiche Sammlung von Fällen, die er im Laufe der Jahre selbst beobachtet und auf eigene Kosten von kompetenten Künstlern hat abbilden lassen, aufgestellt worden sind.

Hauptsächlich kommen hier Hautkrankheiten in Betracht, nebenbei aber auch viele andere Affektionen aus dem Gesamtgebiet der Medizin. Als das Institut im vorigen Herbst einigermaßen fertig geordnet war, fing Hutchinson an, allwöchentlich die aufgestellten Abbildungen vor einem kleineren Kreise von Kollegen zu demonstrieren und im Anschluß daran klinische Vorträge über die betreffenden Krankheiten zu halten. Seitdem sind Demonstrationen lebender Fälle an Stelle der eigentlichen Vorträge getreten, und aus dem im Anschluß an Teil I des Museumkatalogs veröffentlichten Bericht zu schließen, müssen diese Besprechungen eine ungewöhnlich große Menge von interessantem und lehrreichem Material zusammenbringen. Leider ist es unmöglich, im Referate einen klaren Begriff dieser Vorstellungen zu geben. Über den Katalog, dessen Anfertigung naturgemäß mit außerordentlich großen Schwierigkeiten verbunden ist, sei nur kurz erwähnt, daß der vorliegende erste Teil bereits etwa 200 Nummern, meistens aus der Original-Sammlung Hutchinsons stammend, aufweist. Dieselben sind in folgenden Gruppen geordnet: Lepra, Hautkrankheiten, Arzneiexantheme, Tuberkulose, Syphilis, Lupus, Aktinomykose, Morphoea und Sklerodermie, Hautkrebs, Naevi, Keloid, Knochengerüst, Nägel, Tumoren, Melanosis und melanotische Sarkome, Verschiedenes, Pigmentierungen. Die Zusammenstellung ist, was das Buch betrifft, nicht besonders übersichtlich, doch ließ sich dies aus anderen Gründen nicht gut anders machen. Außerdem sind Auszüge (Extract-books) und Referenzen auf die einschlägige Litteratur, von der ebenfalls eine erhebliche Menge im Museum zusammengestellt ist, zur Unterstützung des Studierenden angefertigt.

Der Stifter hofft, daß diese Sammlung, deren weiterer Ausbau in der von ihm geplanten Weise die Kräfte eines Einzelnen, sowohl betreffs der Arbeit, wie auch der erforderlichen Kosten, weit übersteigt, demnächst von einer der ärztlichen Gesellschaften Englands resp. vom Staate übernommen werden wird. Jedenfalls ist aber jetzt schon das Institut von ganz eminenter Bedeutung und Nützlichkeit, und man kann den englischen Kollegen zu dieser ihnen so großmütig gebotenen neuen Errungenschaft aufs wärmste gratulieren. *Philippi-Nicheim.*

Aus der medizinischen Klinik in Kiel.

I. **Dermatitis artificialis tarda**, von H. Quincke. Ein Arzt hatte wegen Lumbago sich ein Emplastrum oxycroceum aufgelegt, das nach dreimal 24 Stunden entfernt wurde unter gründlicher Reinigung der Haut, die vollkommen normal ist. In den folgenden Tagen viel Eisenbahnfahrten; am sechsten und siebenten Tage nach Applikation des Pflasters Massage mit Paraffinum liquidum; dabei kleine rote Papeln schon bemerkt. Am achten Tage beginnt eine lebhafte Dermatitis, beschränkt auf den Sitz des Pflasters, ohne Epithelveränderung; nur nach Ablauf der Dermatitis geringe Schuppung. Es ist von allgemein pathologischem Interesse, dafs eine derartige Noxe nach längerer Latenzzeit (3—4 Tage) erst pathologische Veränderungen zur Folge hat. Derartiges kennt man sonst nur von bakteriellen Noxen.

II. **Defluvium capillorum subitum**, von H. Quincke. 31jährige Frau, wahrscheinlich luetisch, blafs, mager, wegen conamen suicidii mittelst Schwefelsäure den 11. März 1893 aufgenommen. Nur im Munde oberflächliche Anätzungen. Proctitis ulcerosa (ex abusu sexuali?).

Vom 31. März ab 1,0 Kal. jodat. pro die. Seit 12. April nach Narkose behufs Untersuchung des Rectums Erbrechen, den 16. April Fieber, Kopfschmerzen, Schnupfen, Conjunctivitis, den 18. April masernähnliches Exanthem an Händen, Füfsen, Unterarm und Unterschenkel. Exanthem und Fieber schwinden, jedoch bleiben Apathie, Hallucinationen, Erbrechen, Nahrungsverweigerung. Vom 25.—30. April wieder leichtes Fieber, die Epidermis an Hand und Füfsen löst sich in grofsen Fetzen ab. Am 27. April reifst sich die unklare Patientin plötzlich mit einem Ruck die zu zwei Zöpfen geflochtenen Haare vom Kopfe, anscheinend ohne Schmerz, Kopfhaut blafs, etwas trocken; Wurzelenden dünn, nur von wenigen Zellschichten der Wurzelscheide bedeckt. Allmählich Besserung; erste Spuren von neuem Haarwuchs erst wieder im Juni. Diese akute, vorübergehende Ernährungsstörung der Haare ist doch sehr merkwürdig, wenn man auch sonst bei schweren Krankheiten ein Ausgehen der Haare nicht selten sieht.

III. **Epidermolysis paroxysmatica**, von A. Stuehlen. 1880 hat Bostroem einen Fall periodischer Abstofsung der Epidermis beider Hohlhände und Finger mitgeteilt. Ähnliches bietet der folgende Fall: In längeren Intervallen tritt Unwohlsein, Fieber, Stechen in der Haut, Rötung und Schwellung derselben ein, worauf stets eine Loslösung der Epidermis in grofsen Fetzen, besonders an Händen und Füfsen, erfolgt. Weitere Nachteile bringt das Leiden nicht. Von der Dermatitis exfoliativa unterscheidet sich diese Affektion durch die häufige Wiederkehr. (Diese Fälle erinnern an einen aus Amerika mitgeteilten, indem alljährlich einmal an einem bestimmten Tage für einige Stunden ein Krankheitszustand eintritt, auf den eine vollkommene Häutung folgt. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Nach Thibierge besteht die **Behandlung der Impetigo** darin, dafs zunächst alle Borken sorgfältig entfernt werden, worauf Applikationen von Salben aus Zink-

oxyd, Salicylsäure und Bor, resp. Bleiacetat (Dubreuilh) oder aus gelbem Hg-Präcipitat (Vidal) oder von Vigo-Pflaster (mit Vaseline aa) folgen.

Nach Brocq trotzt die Impetigo oft sehr hartnäckig der Behandlung. Er entfernt die Borken mittelst Zerstäubungen von Borsäurelösungen oder, wenn die Sekretion beträchtlicher ist, von Nufsbaumblätterinfus mit Borsäurezusatz. Mit denselben Lösungen werden häufige Waschungen vorgenommen, und damit keine Autonokulationen stattfinden, die afficierten Stellen mit Zinkoxyd- oder rotem Hg-Pflaster nach Vidal (Minium, Zinnober und Diachylon) bedeckt. An Stelle der Pflaster können event. Salben aus Zinkoxyd oder Borsäure oder aus gelbem Hg-Oxyd und Teer treten. *Presse méd. belge.* 1894. No. 5.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Penrose (*Lancet.* 3. Februar 1894) teilt einen Fall von **Pemphigus malignus** mit, den er bei einem Mädchen beobachtete. Bei demselben traten 14 Tage nach einer leichten Rötung des Gaumens und Rachens an den Vorderarmen Erythem und Jucken auf. Gleich danach zeigten sich in symmetrischer Verteilung an Vorderarmen, Knien, Kopf, Oberarmen und schliefslich an den Handtellern erbsengrofse, intensiv juckende Blasen mit hämorrhagischem Inhalte, welche teils konfluierten und teils dem Verlaufe eines Nerven zu folgen schienen (ulnaris sinister.) Dieselben Blasen auf der Mundschleimhaut. Die benachbarte Haut etwas gerötet und stark juckend.

Temperaturerhöhung und Tod ca. 20 Tage nach dem Erscheinen der ersten Blasen. Die Sektion ergab nichts Besonderes. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Pemphigus circinatus, von Charles W. Allen-New York. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Dezember 1890.) Die 45jährige Patientin war früher stets gesund. In der Familie ist niemals eine Hautkrankheit vorgekommen. Vier Tage, bevor sie ins Hospital kam, klagte die Frau über Schmerzen im Rachen und gebrauchte ein Gurgelwasser, das ihr in der Apotheke empfohlen wurde. Am nächsten Tage begannen die Lippen, die Zunge, das Gesicht, namentlich um die Augenlider herum, zu schwellen. Das Gurgelwasser wurde wegen der beträchtlichen Schmerzen beiseite gesetzt. Zwei Tage später bemerkte Patientin ein kleines Wasserbläschen am rechten Handgelenk, gleichzeitig empfand sie Jucken. Sie kratzte sich und brachte das Bläschen zum Bersten. In den nächsten Tagen fühlte sich die Patientin unwohl. Bald entstand auch am anderen Handgelenk ein Bläschen, schliefslich zeigten sich solche an verschiedenen Teilen des Körpers. Als Verfasser die Patientin zum ersten Male sah, zeigte dieselbe zahlreiche, zu erbsen- bis silberdollargrofsen Scheiben gruppierte, flache, auf erythematösem Grunde sich erhebende Blasen. Daneben waren hie und da zerstreut grofse isolierte freie Blasen ohne erythematöse Basis und ohne gerötete periphere Zone. Während an der einen Stelle neue Blasen entstanden, trockneten an einer anderen die Blasen, zunächst im Zentrum, ein und bedeckten sich mit feinen Schuppen.

Die Patientin erhielt Arsenik innerlich, äufserlich eine Zinkpaste. Der Zustand blieb eine Zeitlang derselbe, später verschlimmerte sich derselbe unter gröfseren Gaben von Arsenik. Die Beine schwollen an, der Urin enthielt Eiweifs. Die Untersuchung des Herzens ergiebt Mitralgeräusche. Der Puls ist unregelmäfsig, schwach. Es wird Digitalis verordnet, worauf nach 14 Tagen das Ödem zurückgeht, Eiweifs aus dem Urin verschwindet, die Herzgeräusche weniger hörbar sind, der Blasenausschlag gänzlich verschwunden ist. Man sieht an Stelle der Blasen als Überbleibsel dunkelbraune, wohl markierte Flecken. Die Patientin wird entlassen. Wiederholte Recidive und Besserung sind in dem vorliegenden Falle eingetreten. *C. Berliner-Aachen.*

Über einen atypischen Fall von Psoriasis, von Molinié und Escande. (*Trav. et compt. rend. de la clin. de derm.-syph. de Toulouse* I. 1893.) 21jähriger Patient.

Die in langen schmalen Zügen über fast den ganzen Körper verbreitete Eruption läfst die charakteristischen Stellen (Knie und Ellenbogen) frei. Die Chrysarobinbehandlung gab Anlafs zum Entstehen eines Erythems von vasomotorischem, ganz oberflächlichem Charakter, indem diejenigen Hautpartien davon verschont blieben, welche einem stärkeren Druck ausgesetzt waren (Gürtelgegend, Umgebung der Psoriasisplaques). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Anwendung starker elektrischer Ströme in der Dermatologie, von Oudin. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 733.) Oudin hat in drei Fällen von hartnäckiger Psoriasis, bezw. von hochgradigem Ekzem, welches allen anderen Behandlungsweisen getrotzt hatten, einen starken elektrischen Strom mit fast vollem Erfolge angewandt. Jede andere Medikation war während dieser Behandlung, die sich über mehrere Wochen bis Monate ausdehnte, ausgesetzt. Das Verfahren bestand darin, dafs die verschiedenen Plaques 2—3 Mal die Woche mit einem elektrischen Pinsel bestrichen wurden. Der Schmerz war erträglich. *Türkheim-Hamburg.*

Die Behandlung der Psoriasis mit Thyreoidextrakt, von Balmanno Squire. (*Brit. med. Journ.* 6. Januar 1894.) Verfasser hat genau nach den Vorschriften Bramwells, sogar unter analoger Auswahl weiblicher Patientinnen, mehrere Fälle von Psoriasis mit guten Präparaten des Thyreoidextraktes mehrere Wochen hindurch behandelt, aber gar keinen Effekt auf die Krankheit verzeichnen können. Squire stellt Vermutungen auf, die den Unterschied des Erfolges bei seinen und Bramwells Fällen erklären sollen. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüsenextrakt, von T. Jones-Eastburne. (*Brit. med. Journ.* 30. Dezember 1893.) Verfasser hat einen jungen Mann, der bereits 10 Jahre an Psoriasis litt, mit Schilddrüsenextrakt in Tabletten mehrere Wochen behandelt, aber ein negatives Resultat erzielt. Die stärkere Ausbreitung der Affektion, die schweren Nebenerscheinungen, wie Temperaturerhöhung, beschleunigte Herzaktion, unregelmäfsiger Puls, Ohnmachten, veranlafsten, von der weiteren Behandlung mit dem obigen Mittel Abstand zu nehmen.
C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Seborrhoea psoriasiformis, von S. Stirling-Edinburgh. (*Brit. med. Journ.* 13. Januar 1894.) Verfasser beschreibt einen Fall, der zu den ungewöhnlichen Formen seborrhoischer Prozesse, namentlich solchen zu zählen ist, welche Psoriasis und Syphilis vortäuschen und nach Eccema seborrhoicum genannt werden.

Der 30jährige Patient hatte eine trockene Seborrhoe des Kopfes. Am Stamme, an den Armen, besonders auf der Brust, Rücken und in der Achselhöhle zeigte er zahlreiche, runde oder ovale und unregelmäfsige Flecke von dunkelroter und braunroter Farbe. Auf der Stirn, nahe der Stirnhaargrenze, an den Fingern befanden sich ebenfalls einige Flecke, die sämtlich ein fettiges Aussehen hatten.

Die Behandlung mit Spiritus saponato-kalinus und mit Resorcin-Schwefelsalbe erreichte unter den angewandten Mitteln den günstigsten Effekt.

Verfasser resumiert seine Beobachtungen von dem Falle in folgenden Sätzen:

1. Es handelt sich in dem besagten Falle um einen Entzündungsprozefs oder um eine Psoriasis vortäuschende Dermatitis.

2. Die Affektion verdankt ihren Ursprung einem seborrhoischen Zustande der Haut.

3. Die Krankheit ist wahrscheinlich parasitärer Natur.

C. Berliner-Aachen.

Albespy geht bei der **Behandlung der Pityriasis auris** in folgender Weise vor: Entfernung allfalls vorhandener Haare des Gehörganges, Reinigung der letzteren von Epidermis- und anderen Ansammlungen mittelst lauer Borsäurelösung. Hierauf Einführen eines 3 cm langen, bis auf den Grund des Gehörganges reichenden, in 5%ige Argentum-nitricum-Lösung getauchten Wattetampons, welcher 24 Stunden liegen bleibt. Dies wird so lange fortgesetzt, bis alle Schuppen entfernt und der Gehörgang ein glattes Aussehen gewonnen hat. Ist dies erreicht, so wird obiger Tampon ersetzt durch solche, die getränkt worden sind, in:

Acid. salicyl.	3,0
Kanadabalsam	1,0
Collodium	16,0

Dieselben werden alle 4—5 Tage durch frische ersetzt, bis die Rötung verschwunden und sich neue Epidermis bildet. Zum Schlusse werden noch einige Lufteinblasungen nach Politzer gemacht.

Mit dieser lokalen Behandlung soll die allgemeine (Arsenik, Schwefel) parallel gehen. (Nach *Rif. med.* 1893. No. 270.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über das Trichophyton tonsurans, von Marianelli. (*Lo sperimentale.* Fasc. V. u. VI. 1893.) — Auf Grund klinischer und experimenteller Beobachtungen kommt Verfasser zum Resultate, dafs die makro- und mikroskopische morphologische Verschiedenheit der Kolonien bei Kulturversuchen von verschiedenen Fällen oder auch in derselben Kolonie nach mehrmaliger Überimpfung nicht auf einer spezifischen Verschiedenheit beruhen, sondern lediglich durch äufsere Umstände bedingt sind. So unter anderen von der mehr oder weniger bedeutenden Austrocknung des Nährbodens, vom Alter der Kultur, von der verschiedenen Reaktion und Natur der Nährböden, von der Temperatur, vom Lufteinflusse, ferner vom Sitze der Efflorescenzen, von der Dauer ihres Bestandes, von der Einwirkung von Medikamenten. Unrichtig ist die Unterscheidung des Trichophytonpilzes in einer solchen mit grofsen und mit kleinen Sporen, indem beide Formen gleichzeitig angetroffen werden. Wird das Trichophyton mit anderen Hyphomyceten auf einen Nährboden übertragen, so pflegt ersteres die letzteren zu überwuchern. Mit den gewöhnlichen Eitererregern zusammengebracht (Staphylo- und Streptococcus), wird es in seinem Wachstum gehemmt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Verbreitung und Behandlung des Herpes tonsurans, von Matthias Joseph Althausen. (Inaug.-Dissert. Bonn 1893.) Es sei nur einiges aus dieser Dissertation hervorgehoben: Sechs Arten von Trichophyton sind bekannt, von denen vier häufig, zwei nur selten beim Menschen vorkommen. Am häufigsten ist das Trichophyton mit kleineren Sporen, während die Art mit grofsen Sporen die Trichophytie des Bartes hervorruft; bei letzteren sieht man niemals Sporen aufserhalb des Haares.

Man unterscheidet Herpes tonsurans der nur mit Lanugo behaarten Haut, der behaarten Körperteile und der Nägel.

Feuchte Jahreszeiten, feuchte Wohnungen begünstigen das Entstehen des Herpes tonsurans. Häufig geht die Ansteckung von Haustieren aus, namentlich von Rind und Pferd, jedoch überwiegt die Übertragung von Mensch zu Mensch.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Alopecie, von Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*Intern. Clinics.* Vol. II. 3. Serie.) Verfasser beschreibt zwei Fälle, die in ätiologischer Beziehung interessant sind.

Der eine Fall betrifft einen 35jährigen Mann, der wegen Erysipel ins Krankenhaus gebracht wurde. Nachdem der Patient vom Erysipel nahezu hergestellt wr,

fielen ihm rapide die Haare aus, so namentlich am Hinterkopf und beiderseits an der Schläfengegend.

Der zweite Patient, 60 Jahre alt, verlor im Anschluſs an Rheumatismus sämtliche Haare am Körper.

Während bei dem ersten, relativ jungen Patienten die Haarfollikel noch offen sind und einen Wiederersatz des verloren gegangenen Haares erhoffen lassen, ist das bei dem zweiten, bejahrten Patienten nicht der Fall.

Verfasser erörtert weitläufig die Ätiologie und Therapie der Krankheit.

C. Berliner-Aachen.

Beitrag zum Studium des Erythrasma, von Ducrey und Reale. (Neapel 1893.) In ihrer vorläufigen Mitteilung kommen die Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Das Erythrasma muſs als eine selbständige, klinisch genau definierte Affektion betrachtet werden.

In den Schuppen der Efflorescenzen findet man konstant einen reichlich vorhandenen spezifischen Epidermidophyten, welcher mit dem längst bekannten Mikrosporon minutissimum übereinstimmt. Dieser Umstand, sowie positiv ausgefallene Inokulationsversuche mit Schuppenmaterial sprechen für eine kausale und pathogene Bedeutung des Parasiten bei der genannten Affektion.

3. Züchtungen auf künstlichen Nährböden waren bisher resultatlos geblieben. Auch der von de Michele gefundene Parasit ist kein Mikrophyt, sondern nur ein accidenteller Spaltpilz.

4. Nach zahllosen vergeblichen Versuchen gelang es den Verfassern endlich, einen Mikrophyten in Reinkultur zu züchten, welcher mikroskopisch mit dem in den Schuppen nachgewiesenen genau übereinstimmt.

5. Weitere Untersuchungen werden die biologischen Verhältnisse des höchstwahrscheinlich polymorphen Pilzes feststellen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

b. *der Cutis.*

Die Behandlung des Erysipels, von Charles W. Allen-New York. (*Amer. Journ. of the med. sciences.* Juli 1891.) Verfasser hat 50 Fälle beobachtet und eingehend studiert. Die Krankheit trat in den meisten Fällen in den kalten, feuchten Monaten auf. Rascher Temperaturwechsel ist für das Entstehen des Erysipels von Einfluſs. In ca. 63% aller Fälle wurde das Gesicht befallen. Von diesen waren 18 genuine, 4 im Anschluſs an Traumen oder Hautkrankheiten entstanden.

Die Therapie bestand bei idiopathischem Gesichtserysipel in Bepinselung mit einer Lösung aus Tinctura benzoica, Collodium elasticum und Glycerin. Innerlich wurde Eisenchloridtinktur, dreimal täglich, verabreicht.

In sekundären Fällen traumatischen Ursprunges wurde an erster Stelle die Wunde streng antiseptisch mit heiſsen Sublimatlösungen (1 : 5000 oder 1 : 6000) behandelt. Innerlich wurde ebenfalls Eisen gegeben.

Bestand Fieber, so wurden Chinin, Antifebrin, Antipyrin, Kalomel, Digitalis etc. gebraucht. Die interessantesten der beobachteten Fälle werden vom Verfasser ganz kurz beschrieben. *C. Berliner-Aachen.*

Herpes vacciniformis im jugendlichen Alter. Gangrän der Vulva. Plötzlicher Tod, von A. Fournier. (*L'Union méd.* 1893. No. 6.) Bei dem wohlgenährten 16monatlichen Kinde wurde der anfangs harmlose Herpes sehr schnell brandig, und ohne daſs nennenswerte Störungen des Allgemeinbefindens eingetreten wären, starb das Kind plötzlich am vierten Tage seiner Krankheit. Bei der Sektion fanden sich nur leichte Ekchymosen der Lunge. *Türkheim-Hamburg.*

P. Secchi giebt (*Rif. med.* 1893. No. 267) die ausführliche Krankengeschichte eines (in Italien sehr seltenen) Falles von **Lichen planus** (Wilson) bei einem 69jährigen Patienten. Derselbe heilte definitiv nach einer mehrmonatlichen Arsenikkur zu hohen Dosen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Kasuistik des Erythema nodosum spricht Deubner in der Gesellschaft praktischer Ärzte in Riga, Sitzung vom 19. Mai 1893. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 49.) Anschliefsend an einen Fall von Erythema nodosum mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen, bespricht der Vortragende die jetzt herrschenden Anschauungen über die Natur des Leidens. Die Annahme von Uffelmann und Oehme, dafs das Leiden im Kindesalter ein Vorläufer allgemeiner Tuberkulose sei, kann er nicht billigen. Vielmehr ist das Erythema nodosum häufig eine Krankheit des Kindesalters, die klinisch zu den Angioneurosen zählt und durch verschiedene Ursachen bedingt sein kann. Wahrscheinlich ist es eine Infektionskrankheit nicht kontagiöser Natur; der Reiz wirkt zentral und löst angioneurotische Veränderungen aus.

Schabert hat an sich ein Leiden beobachtet, bestehend in Gelenkschmerzen und brettharter Infiltration verschiedener Muskeln; er vermutet, dafs dieses Leiden, trotzdem die Haut frei war, mit dem Erythema nodosum verwandt sei.

Schwarz möchte in diesem Falle eine infektiöse Myositis annehmen.

(Schwarz wird wohl betreffs des Falles von Schabert recht haben. Die Ausführungen von Deubner stimmen auf das Erythema exsudativum multiforme einigermafsen, auf das Erythema nodosum nur so weit, als letzteres wahrscheinlich infektiöser Natur ist. Anatomisch ist letzteres aber sicher keine Angioneurose, sondern eine hämorrhagische Dermatitis; das ist zweifellos festgestellt. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erythema nodosum im Verlaufe einer Diphtherie, von Joullié. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 665.) Das Erythem zeigte sich bei der 44jährigen Patientin auf den gewöhnlichen Stellen: Gesäfs, vordere Fläche des Unterschenkels, Ellenbogen. Irgend eine Verletzung der Mundschleimhaut, durch die die Streptokokken hätten eindringen können, liefs sich in diesem Falle nicht nachweisen.

Türkheim-Hamburg.

Erythema nodosum im Verlaufe einer Eiterinfektion, von Brodier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 664.) Brodier beschreibt den Fall und äufsert zum Schlufs die Meinung, dafs es neben dem selbständigen Erythema nodosum, das wahrscheinlich nur eine Varietät des Erythema polymorphum Hebra sei, auch noch ein abhängiges Erythema nodosum gäbe, wie ja auch neben dem eigentlichen Scharlach noch skarlatiniforme Ausschläge vorkommen. *Türkheim-Hamburg.*

Analyse von 100 Fällen von Mycetoma, von J. E. Bocarro. (*Lancet.* 30. September 1893.) Mycetoma ist ein in Indien relativ häufiges Leiden, bedingt durch Invasion verschiedener Pilze; fälschlich wird das Leiden von manchen mit Aktinomykose identificiert. Das Mycetoma befällt vornehmlich Männer im mittleren Alter, vor allem Ackerleute. Schrunden oder geringfügige Verletzungen der Haut bilden die Eingangspforte. Nach Ansiedelung der Pilze im subkutanen Gewebe entsteht Empfindlichkeit und Schwellung, dann Knotenbildung; die Knoten sind von normaler oder tiefblau verfärbter, mehr oder weniger indurierter und adhärenter Haut überzogen. Langsam breitet sich der Tumor, alle Gewebe durchwachsend, aus, nach 1—2 Jahren tritt Erweichung und Fistelbildung ein; aus den Fisteln entleeren sich die Pilzelemente. Fisteln ohne Tumoren sind sehr selten. Die Ausbreitung des Tumors geht anhaltend weiter, begleitet von Gewebshypertrophie. Die Affektion ist schmerzlos, bewirkt

keinerlei konstitutionelle Störungen; spontan oder medikamentös heilt sie nicht, operatives Eingreifen hat aber prompten Erfolg. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mykosis fungoides, von W. Dubreuilh. (*Ann. de la Policl. de Bordeaux.* 1893. No. 13.) Der Fall betrifft eine 82jährige Patientin und bietet das Besondere, dafs das ekzematöse Vorstadium volle 30 Jahre gedauert hatte.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Prognose und Behandlung der Aktinomykose, von W. B. Ransom-Nottingham. (*Brit. med. Journ.* 13. Januar 1894.) Verfasser bespricht an der Hand eines Falles die guten Erfolge, die er sowohl wie andere Autoren, z. B. Buzzi und Galli-Valerio, mit Jodkalium bei Aktinomyces erzielt haben. Verfasser glaubt, dafs die Wirkung des Jodkalium hier derjenigen bei Syphilis zu vergleichen sei, und dafs Fälle von mehr oberflächlicher Aktinomykose ohne Operation heilen können, während Fälle, bei denen die Affektion tief sitzt und die Operation unpraktisch ist, unter der Behandlung mit Jodkalium mehr Chancen auf Besserung bieten. Dabei sind operative Eingriffe jedoch nicht unentbehrlich. Abscesse müssen drainiert, nekrotisches Gewebe entfernt werden.

Bei vielen Fällen von visceraler Aktinomykose war die Operation erfolglos. Der tötliche Ausgang bei manchen derselben hätte vielleicht abgewendet werden können, wenn die behandelnden Ärzte die Wirkung des Jodkaliums bei der Krankheit gekannt hätten. *C. Berliner-Aachen.*

Über Aktinomykose beim Menschen, von G. Engelmann. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 50.) Verfasser berichtet über mehrere Fälle von Aktinomykose aus dem Rigaer Stadtkrankenhaus; zwei betrafen Hals und Gesicht, vier das Abdomen.

Fall 1. Seminarist; ½ Jahr vorher Unterkieferfraktur, nach einigen Wochen Extraktion mehrerer Knochenstücke. Seit kurzem Schwellung, Fistelbildung; Entleerung von Eiter mit Aktinomyceskörnchen durch Incision, Ausschabung, Jodoformgazetamponade, Heilung.

Fall 2. Seit sechs Jahren Schwellung am Unterkiefer, vor einem Jahre Incision. Dennoch Zunahme der Schwellung und Kieferklemme; erstere geht bis zur Schläfen- und Orbitalgegend hinauf. Trotz Operation Fortschreiten am Auge, das protrudiert wird und die Sehkraft verliert. Erneuter operativer Eingriff bringt den Prozefs zur Ausheilung; das Auge bleibt blind.

In den vier anderen Fällen handelte es sich um Aktinomykose am Abdomen, die wahrscheinlich vom Darm ausging und besonders in Form einer Typhlitis und Perityphlitis auftrat. Auch hier wurde auf operativem Wege Heilung erzielt. Jodkalium war in einem Falle, als man vor Stellung der richtigen Diagnose Lues vermutete, angewendet, hatte aber gar keine Wirkung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Pharyngo-Mykosis. (*Rif. med.* 1894. No. 22.) Unter dieser Bezeichnung verstehen die Autoren (seit den Arbeiten von Fränkel, Thomas etc.) eine Affektion der Mundhöhle und besonders der Mandelgegend, welche in Form von weifslichen Plaques auftritt, die sehr rasch an Umfang, nicht so aber an Zahl zunehmen. Das Mikroskop läfst Anhäufungen von Epidermiszellen erkennen, sowie einen charakteristischen Pilz in Form zahlreicher an den Enden abgerundeter oder nagelförmiger Stäbchen. Aufserdem hat man in Kolonien angeordnete Kokken gefunden.

Man kann eine diffuse, die ganze Zunge mit einem weifslich-glänzenden, dicken Belag überziehende und eine cirkumskripte Form unterscheiden. Die subjektiven Beschwerden sind meist nur geringfügig.

Unter den prädisponierenden Momenten wurden genannt: Hypertrophie der

Tonsillen, entzündliche Prozesse in der Mundhöhle, schlechter Ernährungszustand, Verdauungsstörungen, schlechte Qualität des Trinkwassers.

Die Affektion widersteht oft sehr hartnäckig der Therapie, und nur eine Radikalkur (Applikation des negativen Pols des galvanischen Stromes) schützt vor Recidiven. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Stomatitis und deren Behandlung spricht Bonnecken in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn, Sitzung vom 13. März 1893. Alle die verschiedenen Arten der Stomatitis sind nur Variationen desselben Krankheitsbildes, nur graduell voneinander unterschieden.

Zur Erklärung der akuten Stomatitis sind drei Momente zu berücksichtigen: 1. prädisponierende Ursachen, 2. lokale Reize, 3. Pilze. Zu ersteren gehören schwere Ernährungsstörungen, ungünstige hygienische Verhältnisse und konstitutionelle Erkrankungen. Schwächung der Herzenergie bewirkt vorzugsweise intradentale venöse Stauung, verstärkte Transsudation ins Gewebe. Zu den lokalen Reizen zählen die mannigfachen Zahnleiden; jede Stomatitis beginnt an zahnhaltigen Alveolen; die Schleimhaut zahnloser Alveolen wird fast immer verschont. Die Pilze sind wohl meist Fäulnifspilze verschiedenster Art; es handelt sich wohl stets um Mischinfektionen. Die Stomatitis mercurialis entsteht infolge des der Ansiedelung von Pilzen günstigen Speichelflusses. Die Therapie hat alle diese Momente zu berücksichtigen. Besonders wichtig ist eine geordnete Mundpflege bei schweren, erschöpfenden Krankheiten. Die lokalen Reize, d. h. die Zahnleiden, müssen beseitigt werden. Als Antisepticum ist das wirksamste und dabei reizloseste vorzuziehen. Kalium permanganicum und Kalium chloricum, die am häufigsten angewendeten Mittel, müssen, um zu wirken, in viel zu starker Konzentration angewendet werden. Viel besser ist 2—3%ige Lösung von Wasserstoffsuperoxyd, welches als 10%ige Lösung in den Handel gebracht wird. Das Wasserstoffsuperoxyd wirkt noch zerstörend auf die Fäulnifserreger in einer Konzentration von 1:20000, und zwar durch Freiwerden von Sauerstoff, so dafs sich die entzündliche, gereizte Schleimhaut sofort mit einer Schicht von Sauerstoffbläschen bedeckt. Mit dem Momente der Berührung zerfällt das H_2O_2 und wird dadurch unwirksam, kann deshalb keine Tiefenwirkung entfalten. Das Wasserstoffsuperoxyd heilt alle Stomatitisformen überraschend schnell, macht natürlich die etwaige Entfernung von Wurzelresten nicht entbehrlich.

Leo hat auch gute Erfolge vom Wasserstoffsuperoxyd gesehen; wichtig ist nur ein frisches Präparat.

Krukenberg empfiehlt bei Laparotomierten Ausspülung des Mundes mit Thymollösung, Atmung durch die Nase, event. Vorlegen eines feuchten Mulllappens. Ein vor der Operation entferntes Gebifs soll gleich wieder eingelegt werden.

Wolters wandte bei Stomatitis mercurialis H_2O_2 in 5—10%iger Lösung mit bestem Erfolge an. Der Foetor schwindet bald, der Belag läfst sich nach 24 Stunden schmerzlos entfernen. Kalium chloricum genügt nicht. Bei tiefen Geschwüren ist Tinctura Jodi anzuwenden, für Entfernung von Zahnstein, Wurzeln etc. zu sorgen.

Binz empfiehlt das Kalium chloricum innerlich bei Stomatitis, das durch die Speicheldrüsen ausgeschieden werde, und auch durch Abgabe in statu nascendi wirke. Mit faulendem Fibrin bei Körperwärme zusammengebracht, wird es reduciert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

DANIEL DANIELSSEN †

Der grofse Arzt und Naturforscher, welcher über fünfzig Jahre in Bergen wirksam war, und dem unter den Lebenden die erste Stelle als Kenner der Lepra eingeräumt wurde, ist im Alter von 79 Jahren verschieden. Sein (gemeinsam mit C. W. Boeck) verfafstes Werk „*Om Spedalskhed*" ist Gemeingut, sein menschenfreundliches Wirken — im Lungegaards-Hospital und für die Aussätzigen seines ganzen Vaterlandes — zum Vorbild geworden. Sein Andenken wird in der wissenschaftlichen Welt stets lebendig bleiben. Zum Zeichen dessen wäre es wohl angezeigt, wenn Ärzte jeder Nation, denen er so viel gewesen, sich zu einem gemeinsamen Vorgehen verbinden und einen Gedenkstein stiften wollten für Daniel Danielssen!

Beiträge nimmt jeder der Unterzeichneten dankbar entgegen.

E. Besnier Paris, 59 Boulevard Malesherbes.	C. Boeck Christiania.	R. Campana Rom.
J. Caspary Königsberg, Theaterstrafse 40a.	A. Doyon Uriage-Jsère.	E. von Düring Konstantinopel.
H. Hallopeau Paris, 91 Boulevard Malesherbes.	G. Armauer Hansen Bergen.	A. Haslund Kopenhagen.
V. Janovský Prag, Palackystrafse 7.	L. Jullien Paris, 12 Chaussée d'Antin.	M. Kaposi Wien IX, Alserstrafse 28.
E. Kromayer Halle a. S., Forsterstrafse 2.	O. Lassar Berlin, Karlstrafse 19.	J. Neumann Wien I, 29 Rothenturmstr.
A. Neisser Breslau, Museumstrafse 11.	D. van Haren Noman Amsterdam.	E. Oedmansson Stockholm.
O. von Petersen St. Petersburg.	J. J. Pringle London, 23 Lower Seymour Street, Portman Square W.	G. Riehl Wien I, Bellariastrafse 12.
E. Schiff Wien I, Wallfischgasse 6.	E. Schwimmer Budapest, Josefsplatz 11.	G. Thibierge Paris, 7 Rue de Surène.
P. G. Unna Hamburg.	E. Welander Stockholm.	A. Wolff Strafsburg, Vogesenstr. 22
J. Zeisler Chicago, 125, State 81.	G. Lewin Berlin, NW., Roonstr. 8.	James N. Hyde Chicago.

Anfrage. Durch welches Mittel können am besten aus den Kleidern, ohne dafs dieselben einen Schaden erleiden, die braunen Flecken, welche von Argentum nitricum bei fast einem jeden Urologen der nur mit tiefen Injektionen seine Patienten behandelt, entstehen, spurlos entfernt werden?

Gefl. Antworten aus dem Leserkreise werden an die Redaktion oder den Verleger erbeten.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 9. 1. November 1894.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Basophiles Kollagen, Kollastin und Kollacin.

Von

P. G. Unna.

Es wird gewifs jedem Dermatologen, welcher sich eingehend mit der Histologie der Hautkrankheiten befafst, aufgefallen sein, dafs zuweilen einige kollagene Bündel sich von den übrigen abweichend färben. Speziell ist es mir seit langer Zeit bekannt, dafs bei verschiedenen Degenerations- und Regenerationsprozessen (seniler Degeneration, Eiterungsprozessen, Nekrosen, Narben etc.) einzelne Bündel das Methylenblau den gewöhnlichen Entfärbungsproceduren gegenüber auffallend festhalten. Ich hatte dieser Thatsache wenig Beachtung geschenkt, bis ich das Elacin (basophiles Elastin) von dem gewöhnlichen Elastin trennen lernte. Seither habe ich in allen einschlägigen Fällen versucht, durch eine exakte Methode auch eine eventuelle Basophilie der Kollagenfasern nachzuweisen. Im allgemeinen stellte sich dabei heraus, dafs eine solche durchaus nicht so verbreitet ist, als ich nach den früheren, weniger gut begründeten Wahrnehmungen annehmen zu müssen glaubte. Entweder ist daher die Basophilie der kollagenen Fasern überhaupt eine seltene Erscheinung oder sie erreicht doch nur selten eine derartige Höhe, dafs die Differentialfärbungen, die mir heute zu Gebote stehen, sie deutlich machen. Nur auf solche kann man sich aber in diesem Punkte verlassen, denn das blofse stärkere Festhalten einer basischen Farbe an einzelnen Bündeln kann noch von gewissen physikalischen Umständen, von der Schnittrichtung, von beginnender Eintrocknung[1] der Schnitte und dergleichen herrühren, die wir um so weniger leicht ganz ausschliefsen können, als die betreffenden Bündel vorzugsweise in der unteren Cutisschicht, d. h. in der Nähe der Schnittränder, sich vorfinden. Aufser einer guten Differentialfärbung gehört also zum Nachweise des basophilen Kollagens eine besondere Aufmerksamkeit

[1] Wesentlich z. B. ist, dafs man nicht bei Aufklebung der celloidinierten Stücke zum Schneiden dieselben ohne frischen Celloidinumgufs auf dem Blocke antrocknen läfst.

derartigen störenden Faktoren gegenüber, die man übrigens bald richtig beurteilen und damit eliminieren lernt. Ich weise das basophile Kollagen gewöhnlich mittelst einer Karbolfuchsin-Wasserblau-Färbung nach. Das normale Kollagen zeigt, wie gewöhnlich, die Wasserblaufärbung, das pathologisch veränderte wird dabei fuchsinrot.

Der Schnitt kommt auf 5 Minuten in die gewöhnliche, zur Bakterienfärbung dienende Karbolfuchsinlösung und nach Abspülung in Wasser auf ½ Minute in eine konzentrierte, wässerige (33%ige) Tanninlösung zur Fixation des Fuchsins; er wird sodann wieder in Wasser abgespült, auf 1 Minute in die 1%ige Wasserblaulösung gebracht und schliefslich in dem gewöhnlichen salzsauren 1%igen Alkohol durch kurzes Eintauchen (etwa 10 Sekunden) differenziert. Hierauf folgt Abspülung in absolutem Alkohol und Überführung in Öl und Balsam.

Man bemerkt an solchen doppelt gefärbten Präparaten, dafs hauptsächlich nur ganz grobe kollagene Bündel und Balken das basische Rot angenommen haben, und zwar ist, wo nicht die Fasern in ihrer ganzen Dicke rot sind, gewöhnlich nur ein zentraler Anteil dieser dicken Bündel rot, während die äufserste Schicht sich häufig noch blau gefärbt zeigt. Die Basophilie dieser kollagenen Massen beginnt also im Innern der einzelnen Bündel und verharrt hier lange Zeit hindurch.

Es lag nach diesen Erfahrungen nahe genug, auch diese durch eine zweckmäfsige Färbemethode isolierbare Substanz von dem gewöhnlichen Kollagen durch eine andere Benennung zu unterscheiden, analog dem basophilen Elastin (Elacin) etwa: Kollacin. Aber ich habe davon Abstand genommen und nenne die so dargestellte Substanz nur: basophiles Kollagen aus zwei belangreichen Gründen.

Erstens ist das Vorkommen so degenerierter Fasern in der Haut ein relativ seltenes Ereignis und mit dem viel weiter verbreiteten Vorkommen des Elacins nicht wohl an Wichtigkeit auf eine Stufe zu stellen. Dann aber ergaben die weiteren Untersuchungen die überraschende Thatsache, dafs Verbindungen der (normalen und basophilen) elastischen Substanz mit der kollagenen in weiter Verbreitung vorkommen und diese stoffliche Vereinigung und Verähnlichung der beiden Hauptbestandteile der Cutis unter pathologischen Verhältnissen schien mir — und scheint mir noch jetzt — von so hervorragender Wichtigkeit zu sein, dafs ich die kurzen Ausdrücke: Kollastin und Kollacin lieber für diese ebenso merkwürdigen wie häufig vorkommenden Substanzen reservieren möchte.

Definition: Kollastin nenne ich eine Substanz, welche sich tinktoriell wie Elastin verhält und speziell die hervorragende Affinität des Elastins für saures Orcein teilt, der Struktur nach aber dem kollagenen Gewebe gleicht oder seine Herkunft aus demselben durch analoge Struktur oder stofflichen Zusammenhang mit demselben dokumentiert.

Aus dieser Definition geht hervor, dafs dieselbe Behandlung der Schnitte, welche für die Darstellung des Elastins gilt, auch das Kollastin spezifisch hervorhebt und dafs es stets Sache eines auf die feinere Struktur des Gewebes hingerichteten weiteren Studiums ist, das Kollastin einerseits vom Elastin zu trennen, andererseits seine Beziehungen zum Kollagen aufzudecken. Ich habe diese Substanz bisher bei der senilen und der kolloiden Degeneration der Haut, sowie beim Myxödem nachgewiesen.

Das äufsere Ansehen derselben ist nicht immer das gleiche; es ist bald das von groben, gequollenen, unförmlichen Massen, von unregelmäfsigen Blöcken, sodann von Krümeln, Körnern und schliefslich das eines dichten Faserfilzes, letzteres besonders bei der senilen und kolloiden Degeneration; in anderen Fällen behält das Kollastin die Struktur fibrillärer Bündel bei und ist von gewöhnlichen Kollagenbündeln nur durch seine Elastinfarbe unterschieden. Stets aber ist man auch in den erstgenannten Fällen im stande, den Zusammenhang und das Hervorgehen dieser Kollastinmassen aus kollagenen Bündeln nachzuweisen, da gewöhnlich Übergangsbilder reichlich vorhanden sind.

Eine wesentliche Unterstützung bei der Deutung der amorphen oder wenigstens unregelmäfsig geformten Kollastinmassen als umgewandelter kollagener Faserbündel liefern die Färbemethoden und zwar besonders diejenigen, welche neben dem Elastin und Kollastin das normale, kollagene Gewebe in Kontrastfarbe zeigen. Man macht nämlich hier meistens die Wahrnehmung, dafs die Kollastinmassen in ihrem Innern noch die Kollagenfarbe zeigen und nur äufserlich die Elastinfarbe angenommen haben; gerade so nehmen jene Kollastinbalken, welche noch die Struktur fibrillärer Bündel besitzen, das Elastin nur als einen Niederschlag der äufseren Fläche und der gröberen Spalten in ihrem Innern auf, so dafs ihr Querschnitt von netzartig anastomosierenden oder mäandrischen Linien in Elastinfarbe durchzogen ist (Myxödem), während die Felder dazwischen noch die Kollagenfarbe aufweisen. Zu diesem Behufe ist allerdings eine sehr kräftige Gegenfärbung des Kollagens nötig, und die gewöhnliche Doppelfärbung für Elastin und Kollagen mittelst sauren Orceins und Wasserblau genügt nicht. Man mufs die Säurefuchsin-Pikrin-Methode für Kollagen mit der sauren Orcein-Färbung in folgender Weise kombinieren.

Die Schnitte werden zunächst in der gewöhnlichen Weise[2] mittelst sauren Orceins sehr kräftig auf Elastin gefärbt, in Alkohol ausgewaschen und in Wasser gebracht. Sie kommen darauf einige Minuten in die 2%ige wässerige Lösung von Säurefuchsin, werden in sehr schwach angesäuertem Wasser ausgewaschen, sodann auf $^1/_2$ Minute in die konzentrierte, wässerige Pikrinsäurelösung zur Entfärbung und 1 Minute in die

[2] S. den Artikel: Elastin und Elacin (im vorhergehenden Heft).

konzentrierte, spirituöse Pikrinsäurelösung zur Entwässerung gebracht, dann in absolutem Alkohol rasch von überschüssiger Pikrinsäure befreit und in Öl und Balsam übergeführt.

Als ein leicht erhältliches Material zum Studium des Kollastins in seinen verschiedenen Formen empfehle ich die senile Haut, d. h. die Gesichtshaut, besonders Wangenhaut solcher Personen zwischen 30 und 80 Jahren, welche sich viel der Witterung ausgesetzt haben. Färbt man Schnitte von solcher Haut mittelst der sauren Orceinmethode auf Elastin, so scheint auf den ersten Blick der gröfste Teil der eigentlichen Cutis aus Elastin zu bestehen. Nur die schwächere Färbbarkeit der sehr dicken Fasern im unteren Drittel der Cutis läfst die Vermutung aufsteigen, dafs es sich hier um Elacin handelt, und so verhält es sich in der That, wie die dazu vorgenommenen Elacinfärbungen zeigen.

Aber auch die oberen zwei Drittel der Haut enthalten, obwohl sie fast ganz Orceinfarbe angenommen haben, noch mehr unverändertes Kollagen, als man nach dieser Färbung glauben möchte. Eine einfache Säurefuchsin-Pikrin-Färbung auf Kollagen giebt hierüber bündigen Aufschlufs. Hierbei sind die oberen zwei Drittel der Cutis von einer gelblich krümelig-faserigen Masse erfüllt, von einem roten, normalen Kollagenstreifen eingefafst und von ebensolchen roten, dicken und dünnen Kollagenbündeln durchzogen, die an den Orceinbildern keineswegs hervortreten. An diesen kollagenen Bündeln, die sich noch ganz normal färben, sieht man nun schon bemerkenswerte, strukturelle Abweichungen. Viele endigen in gekrümmte, aufgerollte, mehr oder minder kugelige Massen, welche sich durch die tiefrote Farbe des Kollagens von der gelblichen Umgebung scharf abheben.

Wenn man von diesen leichtverständlichen Präparaten sich nun wieder denjenigen zuwendet, welche — wie vorher angegeben — mit saurem Orcein vor- und mit Säurefuchsin und Pikrinsäure nachgefärbt sind, so konstatiert man ohne Schwierigkeit, dafs dieselben klumpigen, unregelmäfsigen, aufgerollten Massen, deren Zusammenhang mit Kollagenbündeln sichergestellt ist, hier hauptsächlich stark an ihrer Aufsenfläche die saure Orceinfarbe des Elastins annehmen. Einige zeigen dabei deutlich noch die inneren Teile aufserdem in der fuchsinroten Kollagenfarbe. Während das Kollagen mithin klumpig degeneriert, nimmt es Elastinmoleküle in seinen äufseren Schichten auf und teilt fortan dessen Tingibilität bei Anwendung saurer Orceinlösungen, d. h. es ist zu Kollastin geworden. Es ist nun auch verständlich, weshalb dieselben Schnitte, nach der einfachen Säurefuchsin-Pikrin-Methode gefärbt, den Hauptteil der oberen zwei Drittel der Cutis gelb gefärbt zeigen; das hier befindliche, degenerierte Kollagen ist der Hauptsache nach eben dem Einflusse des Säurefuchsins entzogen.

Eine längere Zeit verharrt die senil degenerierte, besser „verwitterte"

Haut in diesem Stadium, in welchem die oberen zwei Drittel viel Kollastin aus kollagener Substanz gebildet haben, während im unteren Drittel Massen von Elacin vorhanden sind. Bei den höheren Graden von Degeneration geht aber in diesem Filz von Kollastin noch eine weitere Veränderung vor, nämlich die Bildung von Kollacin.

Definition: Ich bezeichne mit Kollacin diejenige Substanz, welche zwar die Tingibilität des Elacins (schwache Färbung mit saurem Orcein, starke mit basischen Farben), dabei jedoch einen strukturellen Zusammenhang mit präexistenten kollagenen Faserbündeln aufweist.

In stark verwitterter Haut bemerkt man schon bei Anwendung der sauren Orcein - Säurefuchsin - Pikrin - Methode hin und wieder, dafs die Zentren der Kollastinmassen in den oberen zwei Dritteln der Cutis die Orceinfarbe wiederum schwächer annehmen, etwa so wie die Elacinfasern im unteren Cutisdrittel. Um einer etwaigen Umwandlung des Kollastins in Kollacin nach Analogie jener Elacinfasern auf die Spur zu kommen, bedarf es natürlich einer spezifischen Färbung des Kollacins, und dazu dient die schon aus dem Artikel über Elacin her bekannte Methylenblau-Tannin-Methode. Schnitte, auf jene Weise gefärbt, zeigen im unteren Drittel zunächst eine dicke Schicht von stark blau gefärbten Elacinfasern. Aber auch in den oberen Cutisdritteln auf dem durchaus entfärbten Grunde des Kollastinfilzes treten dunkelblaue Körper hervor, einzelne vom Habitus der Elacinfasern, die meisten jedoch viel dicker, klumpig und überhaupt ganz unregelmäfsig gestaltet.

Hier und da bemerkt man einzelne dieser Klumpen in blasser gefärbte und ganz entfärbte Kollagenfasern übergehen. Bei Vergleichung dieser Bilder mit den eben vorher beschriebenen der sauren Orcein-Säurefuchsin-Pikrin-Methode kann es keinem Zweifel unterliegen, dafs einzelne der Kollastinklumpen und -fasern die basophile Reaktion des Elacins angenommen haben, d. h. in Kollacin umgewandelt sind.

Um diesen Punkt noch besser studieren zu können, empfehle ich eine leichte Modifikation der Methylenblau-Tannin-Methode, bei welcher alles acidophile Gewebe mittelst Säurefuchsins nachgefärbt ist. Die Schnitte werden in der polychromen Methylenblaulösung 10 Minuten lang stark gefärbt, in Wasser abgespült, sodann in der konzentrierten, wässerigen (33 %igen) Tanninlösung 1 Minute lang oder auch länger fixiert, wiederum und zwar sehr sorgfältig in Wasser abgespült und weiter auf 2 Minuten in die 2%ige Säurefuchsinlösung gebracht. Von hier werden sie direkt in dem gewöhnlichen (1%igen) sauren Alkohol, etwa 10 Sekunden lang, differenziert, wobei das Säurefuchsin auf Kosten des Methylenblaus stärker hervortritt. Hierauf folgt Abspülung in absolutem Alkohol und Überführung in Öl und Balsam.

Erst an den nach dieser zweiten Hauptmethode gefärbten Schnitten

erhält man einen Begriff von der eigentlichen Konstitution des Gewebes in den oberen zwei Dritteln der Cutis. Dasselbe zeigt nicht mehr wie bei den meisten Färbungen eine unregelmäfsige, körnige, filzige, gröbere Blöcke enthaltende, kaum definierbare Masse, auch nicht den schwer zu entwirrenden Knäuel von schnörkelartig gewundenen, dicken Balken wie bei der Kollastinfärbung mittelst sauren Orceins, sondern löst sich zum gröfsten Teile in einen allerdings sehr dichten Knäuel von feinen Fasern auf, die in ihrer Dicke, Krümmung und Färbbarkeit den Elacinfasern des unteren Cutisdrittels sehr ähnlich sind. Sie teilen mit diesen auch noch den weiteren Umstand, dafs sie einen äufsert scharfen, blauen Kontur aufweisen, während das Innere der Faser das Säurefuchsinrot angenommen hat. Aber sie unterscheiden sich von denselben durch den kleinen, jedoch sehr wesentlichen Umstand, dafs die Elacinfasern des unteren Cutisdrittels schwarzblaue Konturen aufweisen und diese tief tingierte Mantelschicht das Rot des Achsenfadens nur schwach durchschimmern läfst, während die meisten entsprechenden Fasern der oberen zwei Cutisdrittel rot sind und nur einen zarten, wenn auch scharfen, blauen Kontur aufweisen. Daher zeigt bei schwächerer Vergröfserung der obere Teil der Cutis einen violetten Farbenton, während im unteren auf rein rotem Grunde des Kollagens die dunkelblauen Elacinfasern sich prächtig abheben. Nur ein kleiner zentraler Anteil der degenerierten Masse in der oberen Cutis zeigt dieselben dunkelblauen breiten Konturen, d. h. dieselbe starke Basophilie, und hier ist es daher, wo wir eine Umwandlung des Kollastins in das basophile Kollacin anzunehmen haben. Da diese spärlichen Kollacinfasern in substantiellem Zusammenhange mit groben deformierten und degenerierten Kollagenbalken stehen, unterliegt es keinem Zweifel, dafs es sich nicht um einfach basophil-degenerierte, präexistente Elastinfasern, sondern der Hauptsache nach um Abkömmlinge kollagener Substanz handelt.

Man findet also bei dieser Färbung innerhalb der oberen zwei Cutisdrittel einen kontinuierlichen Übergang von frisch, säurefuchsinrot gefärbten normalen Kollagenbündeln zu klumpig degenerierten, rosa gefärbten Kollastingebilden[3] weiter zur Auflösung dieser in Bündel stielrunder, feinerer, geschwungener, rosa gefärbter Fasern mit feinen, blauen Konturen bis zu dunkelblauen Klumpen und Fasern von Kollacin im Zentrum der ältesten Herde.

Die stellenweise hervortretende Ähnlichkeit der Kollacinfasern an letztgenannten Orten mit den Elacinfasern im unteren Cutisdrittel legt die Frage nahe, ob auch die letzteren vielleicht aus zu Kollastin degeneriertem Kollagen entstanden sind. Jedoch glaube ich mich bei anderen

[3] Denselben, welche bei der sauren Orcein-Säurefuchsin-Pikrin-Methode orceinfarben sind oder eine orceinfarbene Aufsen- und eine säurefuchsinrote Innenschicht aufweisen.

Affektionen (beispielsweise den Striae gravidarum) von dem direkten Übergange der Elastinfasern in Elacinfasern überzeugt zu haben. Immerhin ist diese Frage für die senile Haut einer weiteren Untersuchung wert.

Sodann ist, wie mir scheint, die Umprägung der dicken unregelmäfsigen Fasern (Orcein-Säurefuchsin-Methode) zu Bündeln feiner und regelmäfsiger (Methylenblau-Säurefuchsin-Methode) ein an sich sehr bemerkenswertes Faktum von prinzipieller Wichtigkeit. Wir haben es hiernach jedenfalls mit einem doppelten Modus der Einwirkung elastischer Substanz auf degenerierendes Kollagen zu thun, einmal um einen bloſsen Niederschlag jener Substanz auf die gröberen kollagenen Bündel und ihre feineren Abteilungen und eine Imprägnierung ihrer äuſseren Schichten, sodann aber auch mit einer Umprägung der degenerierten Bündel zu dichten Knäueln stielrunder Fasern von elacinähnlichem Habitus. Vielleicht ist der letztere Modus nur eine höhere Stufe des ersteren, da er sich gewöhnlich in den zentralen Partien älterer Degenerationsherde findet.

Ob schlieſslich die zu Kollacin degenerierten Produkte des Kollagens immer die Zwischenstufe des Kollastins durchmachen, wie hier bei der senilen Degeneration der Haut, oder ob sie auch direkt aus Kollagen entstehen können, ist eine durch weitere Untersuchung zu lösende Frage. Dieselbe läſst sich für den Einzelfall stets durch Anwendung der sauren Orcein-Säurefuchsin-Pikrin-Methode leicht entscheiden.

Die Umkehrung der Methylenblau-Tannin-Säurefuchsin-Methode für die Darstellung des Elacins und Kollacins bildet die schon anfangs bei Besprechung des basophilen Kollagens mitgeteilten Karbolfuchsin-Tannin-Wasserblau-Methode. Hier erscheinen gleichzeitig die drei basophilen Substanzen: basophiles Kollagen, Elacin und Kollacin in tief dunkelroter Farbe, während das normale Kollagen, Elastin und Kollastin blau gefärbt ist. Aber diese Darstellung des Kollacins ist durchaus nicht identisch mit der soeben beschriebenen. Denn hier treten hauptsächlich nur die gröfseren Klumpen von Kollacin zu Tage in ihrem Zusammenhange mit den (wasserblauen) Kollagenbündeln, aus denen sie hervorgegangen sind; dagegen ist die fernere Umwandlung in Knäuel stielrunder Fasern nur angedeutet. Aber gerade aus diesem Grunde ziehe ich die Karbolfuchsin-Tannin-Wasserblau-Methode vor, wo es gilt, überhaupt erst einmal die Existenz der groſsen Klumpen und ihre Herkunft aus Kollagen deutlich nachzuweisen und einen Jeden zu überzeugen, daſs diese ganze degenerierte Schicht nicht lediglich, wie man nach der Färbung mit saurem Orcein glauben möchte, aus Elastin besteht. Jedenfalls wird erst die Zusammenfassung dieser Methode mit beiden vorhergehenden in jedem einzelnen Falle vollen Aufschluſs über die Konstitution dieser degenerierten Partien geben.

Da diese roten Kollacinklumpen auf denselben Schnitten deutlich

hervortreten, wo in der Tiefe der Haut die basophilen Kollagenbündel sichtbar werden, so könnte man geneigt sein, dieselben ebenfalls für einfach basophil degeneriertes Kollagen zu halten. Sie unterscheiden sich von den letzteren Bündeln aber dadurch, dafs bei diesen nur die inneren Teile der gröberen Bündel in diffuser Weise entarten, während bei jenen die Balken und Klumpen in toto, besonders aber auch gerade die äufsere Schicht derselben die Basophilie aufweisen. Diese sind eben allein aus kollagener Substanz hervorgegangen, jene haben eine äufsere Imprägnierung mit ebenfalls degeneriertem Elastin erhalten.

Ein Vergleich mit den nach der sauren Orcein-Säurefuchsin-Pikrinsäure-Methode gefärbten Schnitten zeigt denn auch, dafs diese hier die rote Kollagenfarbe, jene die braune Elastinfarbe annehmen.

Es wäre nun sehr überzeugend, wenn man nicht nur — wie bisher — an verschiedenen Schnitten derselben Serie die teils kollagene, teils elastische Natur des Kollastins und Kollacins nachzuweisen vermöchte, sondern an jedem einzelnen Schnitte durch Gegenfärbungen. Ein solcher müfste natürlich eine dreifache Färbung erhalten, indem mit den beiden letztgenannten Hauptfärbungen je eine Vorfärbung mit saurem Orcein kombiniert würde. Eine Nachfärbung mit saurem Orcein ist überhaupt unmöglich; keine basische Farbe, auch wenn durch Tannin etc. fixiert, hält einer solchen Nachfärbung stand. Aber auch die Vorfärbung mit saurem Orcein ist nicht so einfach ausführbar. Nicht als ob dieselbe durch basische Nachfärbungen aufgehoben würde; im Gegenteil, sie ist so eminent echt und dauerhaft, dafs alle Teile, welche Elastin und selbst degeneriertes Elastin enthalten, nach der Orceinfärbung keiner anderen Farbe wieder zugänglich sind. Dieses gilt wenigstens für die beste, in unserem letzten Artikel über Elastin und Elacin mitgeteilte Art der sauren Orceinfärbung in der Wärme. Man mufs daher, wenn man auf Kollacin nachfärben will, die saure Orceinfärbung eigens für diesen Zweck abschwächen. Am besten hat sich folgender Modus bewährt:

Man bringt die Schnitte in die 1%ige spirituöse, mit 1% HCl versetzte, kalte Orceinlösung 10—15 Minuten, sodann in 80%igen Alkohol zur Entfärbung des mitgefärbten Kollagens und weiter direkt in Karbolfuchsin. Hierauf folgt weiter in der oben beschriebenen Weise die Karbolfuchsin Wasserblau-Methode.

An so gefärbten Schnitten sieht man aufser dem basophilen Kollagen und den Elacinfasern grofse Klumpen von Kollacin rot gefärbt mitten in der zu Kollastin degenerierten Partie der oberen Cutisschicht. Hin und wieder treten auch wasserblau gefärbte Fasern und ebenso kolbig angeschwollene Gebilde darin auf, welche noch den tinktoriellen Charakter des Kollagens bewahrt haben.

Dasselbe gilt für die Kombination der sauren Orceinfärbung mit der

Methylenblau-Säurefuchsinfärbung. Auch hier darf man die Schnitte nur eine relativ kurze Zeit (bis 1/4 Stunde) in der kalten, spirituösen Lösung lassen und bringt sie nach Abspülung in 80%igem Alkohol direkt in die polychrome Methylenblaulösung. Die weitere Behandlung geschieht dann genau in der oben angegebenen Weise wie bei der Methylenblau-Säurefuchsin-Methode. Hier treten die Kollacinklumpen und -fasern blau aus der braun gefärbten Kollastinumgebung hervor.

Diese beiden Dreifarben-Methoden (saure Orcein-Karbolfuchsin-Wasserblau- und saure Orcein-Methylenblau-Säurefuchsin-Methode) sind überall dort anzuwenden, wo die Gegenwart von Elacin und Kollacin in einer an Kollastin reichen Umgebung festzustellen ist, da, wie mehrfach hervorgehoben, unsere schärfste Elastinmethode (mittelst sauren Orceins) in ihrer besten Ausführung nicht nur das Elastin, sondern auch Elacin und Kollacin bis zu einem gewissen Grade anfärbt und für andere Färbungen untauglich macht. Es giebt dagegen Fälle, in denen auch einfachere Methoden schon eine scharfe Definition des Elacins und Kollacins ergeben, so beispielsweise bei der kolloiden Degeneration der Haut. Hier nämlich beherrschen die Tingibilitätsverhältnisse des Kolloids das Feld und bedingen eine andere Auslese als sie in der Haut normalerweise eintritt.

Färbt man Schnitte aus kolloider Haut mittelst der Säurefuchsin-Pikrin-Methode, so nimmt das Kolloid so energisch Besitz von der Pikrinsäure, dafs die eingeschlossenen Elacin- und Kollacinfasern und -klumpen rot auf gelbem Grunde erscheinen, genau so wie das normal gebliebene Kollagen, obgleich sie sonst das Säurefuchsin nur schlecht und bei Gegenwart basischer Farben gar nicht annehmen. Die Vorstufen des Kolloids andererseits, von denen ich in meiner Histopathologie nachgewiesen habe, dafs sie aus basophilem Kollagen und Kollastin einerseits, aus degenerierendem Elastin andererseits bestehen, lassen sich mit den hier geschilderten Dreifarbenmethoden näher analysieren.

Zum Schlusse stelle ich alle, für die in der Überschrift genannten Degenerationsprodukte des Kollagens besonders geeigneten Methoden noch einmal übersichtlich zusammen.

I. Ein- und Zweifarben-Methoden.

a) Säurefuchsin-Pikrin-Methode.[4]

1. Säurefuchsinlösung (2%) 5 Minuten.
2. Wasser.
3. Gesättigte wässerige Pikrinsäurelösung 1 Minute.
4. Gesättigte alkoholische Pikrinsäurelösung 2 Minuten.
5. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

[4] S. *diese Zeitschrift*. Bd. XVIII. pag. 513. 1894.

Bei vorwaltendem Kollastin (senile Degeneration): Hervorhebung des Kollagens (rot) gegenüber dem Kollastin, Elastin und Protoplasma (gelb); bei vorwaltendem Kolloid: Hervorhebung des Kollacins und Elacins (rot) neben Kolloid (gelb).

b) Methylenblau-Tannin-Methode.

1. Polychrome Methylenblaulösung 10 Minuten.
2. Wasser.
3. Konzentrierte wässerige (33%) Tanninlösung.
4. Gründliche Spülung in Wasser.
5. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Isolierte Hervorhebung des Elacins und Kollacins.

c) Saure Orcein-Wasserblau-Methode.

1. Saure Orceinlösung in der Wärme 10—15 Minuten.
2. Spiritus dilutus 5 Minuten.
3. Wasser.
4. Wasserblau 1%ige Lösung 1 Minute.
5. Saurer Alkohol 20 Sekunden.
6. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Kontrastfärbung von Kollastin und Elastin gegen Kollagen.

d) Saure Orcein-Säurefuchsin-Methode.

1. Saure Orceinlösung in der Wärme 10—15 Minuten.
2. Spiritus dilutus 5 Minuten.
3. Wasser.
4. Säurefuchsinlösung (2%) 5 Minuten.
5. Saurer Alkohol 20 Sekunden.
6. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Kontrastfärbung von Kollastin und Elastin gegen Kollagen.

e) Methylenblau-Tannin-Säurefuchsin-Methode.

1. Polychrome Methylenblaulösung 10 Minuten.
2. Wasser.
3. Konzentrierte wässerige Tanninlösung (33%) 1 Minute oder länger.
4. Wasser.
5. 2%ige Säurefuchsinlösung 2 Minuten.
6. Saurer Alkohol 10 Sekunden.
7. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Elacin, Kollacin und basophiles Kollagen: blau; normales Kollagen und die Innenschichten von Kollacin (und Elacin): rot.

f) Karbolfuchsin-Tannin-Wasserblau-Methode.

1. Karbolfuchsinlösung 5 Minuten.
2. Wasser.

3. Konzentrierte wässerige Tanninlösung (33 %) ½ Minute.
4. Wasser.
5. 1 %ige Wasserblaulösung 1 Minute.
6. Salzsaurer Alkohol 10 Sekunden.
7. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Elacin, Kollacin und basophiles Kollagen: rot; Kollagen, Kollastin und Elastin: blau.

II. Dreifarbenmethoden.

g) Saure Orcein-Säurefuchsin-Pikrin-Methode.

1. Saure Orceinlösung in der Wärme 10 Minuten.
2. Spiritus dilutus.
3. 2 %ige Säurefuchsinlösung einige Minuten.
4. Wasser.
5. Gesättigte wässerige Pikrinsäurelösung 1 Minute.
6. Gesättigte alkoholische Pikrinsäurelösung 2 Minuten.
7. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Elastin, Kollastin: braun; Kollagen und Kerne: rot; Protoplasma und Muskeln: gelb.

h) Saure Orcein-Methylenblau-Tannin-Säurefuchsin-Methode.

1. Saure Orceinlösung in der Kälte 10 Minuten.
2. Spiritus dilutus.
3. Polychrome Methylenblaulösung 5 Minuten.
4. Wasser.
5. Konzentrierte wässerige Tanninlösung 1 Minute oder länger.
6. Wasser.
7. 2 %ige Säurefuchsinlösung 2 Minuten.
8. Saurer Alkohol 10 Sekunden.
9. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Elastin und Kollastin: braun; basophiles Kollagen, Elacin, Kollacin und Kerne: blau; Kollagen: rot.

i) Saure Orcein-Karbolfuchsin-Tannin-Wasserblau-Methode.

1. Saure Orceinlösung in der Kälte 10 Minuten.
2. Spiritus dilutus.
3. Karbolfuchsinlösung 5 Minuten.
4. Wasser.
5. Konzentrierte wässerige Tanninlösung ½ Minute.
6. Wasser.
7. 1 %ige Wasserblaulösung 1 Minute.
8. Saurer Alkohol 10 Sekunden.
9. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Elastin und Kollastin: braun; basophiles Kollagen, Elacin, Kollacin und Kerne: rot; Kollagen: blau.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Histologische Studie über Dr. THOMAS SAVILLs epidemische Hautkrankheit.

Von

Emilio Echeverría, M. D. (Costa Rica).

Es ist mir der Vorzug zu teil geworden, unter Dr. Unnas Aufsicht einige Studien anzustellen über die histologischen Verhältnisse der in London im Jahre 1891 aufgetretenen epidemischen Hautkrankheit, welche von Dr. Thomas Savill, in dessen Beobachtung sich die erkrankten Personen gröfstenteils befanden, so erschöpfend (Fälle M. I. u. M. XIV.)[1] beschrieben worden ist.

Das Material bestand aus Hautstücken von zwei tödlich verlaufenen Fällen; dieselben waren excidiert worden, ehe die Zersetzung weit vorgeschritten war, obgleich die Obduktion in dem einen Falle 19 und im anderen 36 Stunden nach dem Tode ausgeführt wurde. Diese Gewebe wurden in 50%igen Methylalkohol eingelegt; die Flüssigkeit wurde zunächst am Ende der ersten Woche, später gelegentlich von Zeit zu Zeit erneuert; auf diese Weise wurden die Präparate seit dem August 1891 aufbewahrt, bis sie für die Untersuchung eingeschickt wurden.

Schnitte wurden in der üblichen Weise angefertigt und nach den folgenden Methoden gefärbt:

a) Methylenblau-Orcein.

1. Man legt den Schnitt direkt aus dem Alkohol in Unnas polychromes Methylenblau und läfst ihn darin zwei bis fünf Minuten liegen.

2. Mit Wasser gründlich auswaschen.

3. Der Schnitt kommt in (1/4%) neutrale Orceinlösung (Grübler) in absoluten Alkohol auf zwei bis fünf Minuten.

4. Abspülen mit 80%igem Alkohol, dem man zur Beseitigung eines etwaigen Überschusses an Celloidin auch gleiche Teile Äther zusetzen kann.

5. Aufhellen in Bergamottöl und Einlegen in Xylolbalsam.

b) Die Hämatoxylin- (saures) Orcein-Methode.

1. Die Schnitte kommen in eine kleine Schale, die genug von der sauren Orceinlösung enthält, um dieselben vollständig zu bedecken. Diese Flüssigkeit ist eine 1%ige Lösung in absolutem Alkohol mit 1% HCl.

2. Man stellt diese Schale auf einen erwärmten Objektträger und erhitzt das Ganze vorsichtig, indem man es in einer Entfernung von etwa vier Zoll über einer Spiritusflamme hält und dies fortsetzt, bis die Lösung von dick gallertiger Konsistenz wird.

---

[1] *Diese Zeitschrift.* Bd. XV. 1892.

3. Gut auswaschen mit 60—80%igem Alkohol.

4. In Wasser abwaschen.

5. Einlegen in eine wässerige Lösung von Hämatoxylin 10 bis 15 Minuten lang.

6. Abspülen in Wasser.

7. Abspülen mit 80%igem Alkohol oder lieber in 1%igem HCl-Alkohol. Dann Bergamottöl und Balsam.

c) Die Cochenille-Gentiana-Jodmethode.

1. Entfernung des Alkohols durch Einlegen in Wasser.

2. Einlegen in eine 2%ige Alaun-Cochenille-Lösung auf zwei bis fünf Minuten.

3. Abwaschen mit Wasser.

4. In der Gentianalösung fünf Minuten liegen lassen. Wasser und Anilinöl werden hierzu bis zur Erzeugung einer milchigen Suspension miteinander geschüttelt, dann durch zuvor angefeuchtetes Fließpapier filtriert und mit gleichen Teilen einer konzentrierten, filtrierten Gentianalösung vermischt.

5. Abspülen mit Wasser.

6. Man legt den Schnitt auf den Objektträger und breitet ihn gleichmäßig darauf aus.

7. Man bedeckt den Schnitt mit einer 1%igen wässerigen JK-Lösung, welcher man H_2O_2 bis zur Erzeugung einer gesättigten, citronengelben Farbe zugesetzt hat und läßt die Lösung zwei bis drei Minuten einwirken.

8. Man entfernt den Überschuß und trocknet den Schnitt durch Aufdrücken von Fließpapier so gründlich wie möglich.

9. Entfärben mit Anilinöl.

10. Abwaschen mit Xylol und Einlegen in Kanadabalsam.

Diese Methoden bewährten sich sehr gut zur Färbung der Zellkörper, des Elastins u. s. w.; aber die Kerne lieferten kein befriedigendes Bild, und es erwies sich als empfehlenswert, dieselben mittelst der sogenannten A) Methylenblau-Säurefuchsin-Tannin-Methode und B) der Wasserblau-Saffranin-Methode zu färben.

Die Technik ist hierbei folgende:

A) 1. Man nimmt den Schnitt aus dem Alkohol und legt ihn auf 15 Minuten in die polychrome Methylenblaulösung.

2. Abwaschen in Wasser.

3. Einlegen in eine 33½%ige wässerige Tanninsäurelösung; nach ein bis zwei Minuten Abwaschen mit Wasser und

4. Einlegen in eine 2%ige wässerige Säurefuchsinlösung, worin die Schnitte zwei bis drei Minuten bleiben, dann Abwaschen mit Wasser; Alkohol, Bergamottöl, Einlegen in Balsam.

B. 1. Schnitte werden in Wasser ausgewaschen.

2. Sie kommen auf zwei bis drei Minuten in eine 2%ige wässerige Lösung von Wasserblau.

3. Abwaschen mit Wasser.

4. In einer 1%igen wässerigen Saffraninlösung fünf Minuten liegen lassen, dann Alkohol, Bergamottöl und Balsam.

Wenn man die nach den hier angegebenen Methoden behandelten Gewebe untersucht, so erhält man einen recht guten Begriff von den pathologischen Veränderungen an der Haut, denn jede einzelne Methode dient dazu, speziell den einen oder den anderen histologischen Bestandteil

derselben deutlich hervorzuheben, was mit einer einzigen Färbemethode nicht zu erzielen sein würde.

Diese Krankheit weist in anatomischer Beziehung einige Analogien mit Ekzem auf, dem sie auch klinisch nahe steht; doch läfst sie in beiderlei Hinsicht mehr Unterschiede als Ähnlichkeiten erkennen.

Auf histologischem Gebiete sind diese Ähnlichkeitsmomente folgende:

1. Beide Affektionen sind oberflächlich lokalisiert, d. h. sie ergreifen namentlich sämtliche Schichten der Epidermis und den Papillarkörper, nehmen dagegen nach den tieferen Schichten der Haut hin erheblich ab, trotzdem auch die tiefsten Lagen in gewissem Grade beteiligt sind.

2. Es besteht bei beiden Krankheiten als ein charakteristisches Merkmal an der Oberfläche eine reichliche Schuppenbildung, welche histologisch sich durch die Entwickelung von losen, verhornten, der Oberfläche anhaftenden Lamellen dokumentiert, welche mehr oder weniger in Schuppen und Krusten umgewandelt sind.

3. Wir finden eine ausgesprochene Hypertrophie der Stachelschicht.

4. Bei beiden Affektionen ist das die spezielle Substanz der Körnerschicht darstellende Keratohyalin bei den meisten Schnitten verschwunden; bei Savills Krankheit ist dies in ausgedehnterem Mafse der Fall, als beim chronischen Ekzem, wo der Schwund des Keratohyalins gewöhnlich sich auf circumskripte Gebiete beschränkt und nur beim sogenannten Eccema rubrum sich wie hier auf die gesamte Oberfläche ausdehnt. Dieses Verschwinden des Keratohyalins aus der Mittelschicht der Epidermis kennzeichnet den ganzen Prozefs als zur Gruppe der Parakeratosen, d. h. der trockenen Katarrhe der Haut gehörig.

5. In der Cutis findet sich ein erheblicher Grad von zelliger Infiltration, meistens durch Vergröfserung der bereits vorhandenen Zellen, aber auch durch mitotische (d. h. durch karyokinetische Prozesse sich vollziehende) Zellwucherung bedingt.

Die (weit beträchtlicheren) Unterschiede dagegen sind folgende:

1. Beim ersten Blick wird es dem erfahrenen Beobachter auffallen, dafs die Verhältnisse zwischen den papillären und interpapillären Schichten bei diesen zwei Affektionen diametral entgegengesetzte sind, indem bei der epidemischen Krankheit die interpapillären Fortsätze schmal, die Papillen dagegen ganz angeschwollen sind, während beim Ekzem in den meisten Fällen die Papillen lang, aber schmal sind, und die interpapillären Fortsätze sich sehr verbreitert haben.

2. Die Körnerschicht ist in keinem der beiden Fälle zu sehen; beim chronischen Ekzem geht aber die Stachelschicht allmählich in die Hornschicht über, so dafs man es mit einer einheitlichen, epidermoiden Bedeckung ohne die übliche Scheidung in drei Schichten zu thun hat.

Bei der epidemischen Erkrankung hingegen bilden die mittleren

Schichten der Epidermis, nachdem sie ihr Keratohyalin verloren haben, mit dem obersten Teile der Stachelschicht und der restierenden Hornschicht zusammen eine einzige, neue, helle Lage, welche über den Rest der Stachelschicht hinwegzieht. Somit hat sich bei dieser Affektion anstatt der alten, dreifachen, normalen Epidermis eine neue, pathologische, zweischichtige entwickelt.

3. Beim Ekzem ist das Protoplasma der Stachelzellen durch die ganze Schicht hindurch gleichmäfsig vermehrt, während dies bei der epidemischen Krankheit nicht zutrifft, denn bei letzterer ist in den tieferen Schichten kein Anwachsen desselben zu konstatieren, sondern es ist dasselbe im Gegenteil verhältnismäfsig spärlich entwickelt, so dafs hier nichts aufser eng zusammengehäuften Kernen zu erkennen ist, wodurch sich auch die dunkle Färbung dieser unteren Schicht bei gefärbten Präparaten erklärt. Dieses Bild ändert sich aber in der oberen, hellen Schicht ziemlich plötzlich; hier sieht man nämlich nebst einer eigentümlichen Veränderung an den geschwollenen Kernen nunmehr auch ein Anschwellen des Protoplasmas, infolgedessen die ganzen Epidermiszellen sehr durchscheinend aussehen und sich nur schwach färben lassen.

4. Die Kerne der Stachelzellen sind beim chronischen Ekzem gleichmäfsig und unerheblich vergröfsert und zeigen keine ungewöhnlichen Strukturveränderungen; auch nehmen sie im ganzen Gebiet der Stachel- und veränderten Hornschicht Farben gut an. Bei der epidemischen Hautkrankheit andererseits zeigen die Kerne der Stachelzellen solch auffallende Veränderungen, dafs letztere als das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal zwischen beiden Krankheiten bezeichnet werden können und, wie ich annehmen möchte, das spezifische oder pathognomonische, histologische Zeichen dieser neuen Krankheit derselben.

Ihr Aussehen wechselt, wie gesagt, je nach der Tiefe der Stachelschicht, wo sie vorkommen. In den tieferen Lagen bestehen die Veränderungen 1. aus einer allgemeinen Hypertrophie und 2. nebenbei aus einer Veränderung der Form infolge des durch die Papillen ausgeübten Druckes, wodurch sie mehr oder weniger spindelförmig werden. Hierbei wird aber ihre eigentliche Substanz nicht weiter verändert, wie man aus ihrer normalen und gleichmäfsigen Färbbarkeit schliefsen kann. In den oberen Teilen sehen die Kerne auf den ersten Blick aus, als ob sie in sich selbst zusammengeschrumpft seien unter Hinterlassung eines halb durchscheinenden, hofartigen Raumes, dessen äufserer Rand die Grenze ihrer ursprünglichen Ausdehnung andeutet. Sehr zarte, aber gut färbbare Fortsätze strahlen von dem nunmehr verkleinerten und schwächer färbbaren Kernreste nach dem äufseren Rande dieses anscheinend freien Raumes aus.

Bei genauerer Betrachtung dieser Pseudo-Hohlräume um die Kerne erkennt man aber, dafs es sich keineswegs um inhaltslose Höhlen handelt, sondern dafs dieselben im Gegenteil angefüllt sind mit einer festen, durchscheinenden Masse, welche Farben nicht leicht annimmt und deshalb bei manchen gefärbten Präparaten wie ein den Kern umgebender Hohlraum aussieht, d. h. bei den mit den gewöhnlichen Karmin- und Hämatoxylinfarben behandelten Schnitten. Dies war denn auch der Grund, weshalb es nötig wurde, nach anderen Färbemethoden zu greifen, z. B. den Methylenblau- und Saffraninmethoden, durch welche die anscheinenden Hohlräume (mit blauer, resp. roter Farbe) gefärbt wurden, was ohne weiteres erkennen liefs, dafs man es hier mit einer Art Degeneration der Kernsubstanz in eine feste, aber klare, homogene und nicht leicht zu färbende Masse zu thun hat.

Die durch diese Substanz hindurchziehenden Fortsätze sind bei Anwendung der besseren Färbemethoden tiefer gefärbt, als die umgebende glasige Masse; hierdurch erklärt es sich, weshalb bei Anwendung von Hämatoxylin und Karmin allein es den Anschein hat, als ob die Fortsätze einen frei schwebenden Kern mit der inneren Fläche des Protoplasmas verbinden.

Ein zweiter Grund, aus welchem sich die konsistente Beschaffenheit dieser „Hohlräume“ mit Leichtigkeit beweisen läfst, ergiebt sich aus den nicht seltenen Fällen, wo der gesamte Kern mit seiner degenerierten Peripherie ein wenig kontrahiert und in einer gröfseren Höhle des Protoplasmas gelagert ist. Hier tritt der Unterschied zwischen dem aufgehellten Rande der Kerne und dem daneben gelegenen, wirklichen Hohlraum für jedermann erkennbar deutlich zu Tage. Ich habe auch gelegentlich in einer Höhle innerhalb einer Zelle zwei Kerne angetroffen, bei denen beiden die Peripherie aufgehellt war und die einen starken Kontrast mit den zwischen ihnen und dem rundlichen Rande des Protoplasmas verbliebenen wirklich leeren Ecken bildeten.

Hierdurch wird ein weiteres spezielles Merkmal dieser Erscheinung erklärt, welches sich auch keineswegs durch ein bloſses Schrumpfen des Kernes erklären liefse. Ein solches einfaches Schrumpfen des Kernes ist ein sehr häufiges Vorkommnis in der Pathologie der kutanen Gebilde, sei es — was meistenteils der Fall ist — dafs wir es bloſs mit einer Nebenwirkung des Härtungsprozesses zu thun haben oder — was selten vorkommt — mit einem wirklichen, pathologischen Symptom. Der degenerierte Kern liegt immer unsymmetrisch an der einen Seite des im Protoplasma entstandenen Hohlraumes, der zu groſs für ihn geworden ist; bald ist derselbe rundlich, und das restierende Loch ist halbmondförmig; bald ist er halbmondförmig, und dann ist das Loch rundlich. Hier hingegen hätte man es zum ersten Male mit einem vollständig regelmäfsigen

und symmetrischen Schrumpfen des Kernes bei sämtlichen Stachelzellen zu thun, was sich durch die gewöhnlichen zum Schrumpfen führenden Ursachen kaum erklären läfst.

Ferner erhalten wir schliefslich durch diese Erklärung auch Aufschluſs über das eigentliche Wesen jener eigentümlichen, von den noch nicht entarteten Überresten der Kerne nach der Peripherie hin ausstrahlenden Fortsätze. Sie sind nichts anderes als die Überreste der Kernsubstanz, welche der peripheren Entartung entgangen sind.

Aus allen diesen Gründen gelangen wir zu dem Schluſs, daſs hier eine spezifische Entartung der Kerne der Stachelschichte stattgefunden hat, und daſs diese Degeneration in den oberen Schichten anfängt, nachdem eine entschiedene Hypertrophie der Kerne in den tieferen Lagen sich vollzogen hat. Der Prozeſs beginnt am äuſseren Rande jedes einzelnen Kernes und wandelt die äuſseren Lagen desselben in eine homogene, kaum tingierbare Masse um. Diese degenerierte äuſsere Schicht ist immer von einer groſsen Anzahl von nicht entarteten Linien durchzogen. Letztere strahlen von der übrig gebliebenen, zentralen Kernmasse wie die Speichen eines Rades aus. Ferner ist als eine bemerkenswerte Thatsache zu konstatieren, daſs die Dicke der glasigen Peripherie bei den Kernen aller Schichten beinahe die gleiche ist und nicht über eine gewisse Grenze hinausgeht, so daſs gewissermaſsen ein verkleinerter Kern etwa von der Hälfte der ursprünglichen Gröſse immer übrig bleibt. Diese letzte Portion des Kernes färbt sich immer blasser, je höher wir in der Epidermis hinaufsteigen, und wird zuletzt ganz unsichtbar, ohne aber sich der glasigen Entartung des peripheren Teils des Kernes anzuschlieſsen.

Was ist nun aber eigentlich diese glasige Masse, welche an Stelle der Peripherie bei allen Kernen in der Epidermis getreten ist?

Unser erster Gedanke, daſs es sich um eine hyaline Degeneration im Sinne von Recklinghausens handle, erweist sich als irrig, denn die Substanz färbt sich nicht leicht mit sauren Farbstoffen (z. B. Säurefuchsin). Im Gegenteil nimmt sie bei den zwei zuletzt angeführten Methoden die basische Farbe, nämlich das Saffranin bei der Wasserblau-Saffraninmethode und das Methylenblau bei der Methylenblau-Säurefuchsinmethode, an. Somit sind wir zu dem Schlusse berechtigt, daſs diese Substanz Färbemitteln gegenüber Eigenschaften besitzt, welche der normalen Kernsubstanz näher kommen. Es dürfte daher angezeigt erscheinen, dieser neuen Entartungsweise der Kerne einen besonderen Namen zu geben, und ich schlage vor, dieselbe als „Peridiaphanie“ der Kerne zu bezeichnen.

Diese peridiaphanetische Entartung findet sich nicht nur bei den Stachelzellen, sondern sie kommt auch zuweilen in der Cutis vor, namentlich in Zellen der Papillen, die ganz in der Nähe der Stachelschicht sich befinden.

5. Die Knäueldrüsen zeigen bei der epidemischen Krankheit eine Unregelmäfsigkeit in der Form und Gestalt der Schleifen, welche zum Teil in ganz erheblichem Grade angeschwollen sind. Das interglanduläre, kollagene Gewebe zeigt reichliches Ödem und Neubildung von Fibrillen. Diese Entartung der Knäueldrüsen findet sich aber beim chronischen Ekzem nicht; allerdings sind sie da oft ein wenig angeschwollen und weisen Mitosen der Drüsenzellen auf, aber das interglanduläre, kollagene Gewebe ist immer normal.

6. Die Auswanderung von Leukocyten aus den Blutgefäfsen scheint bei dem epidemischen Prozefs gar keine Rolle zu spielen, während beim chronischen Ekzem diese lokale Leukocytose immerhin in gewissem Grade vorkommt, namentlich in den Papillarschichten der Cutis, indem die Leukocyten von dort nach der Oberfläche der Epidermis zu auswandern.

Wenn wir alle diese Thatsachen zusammengenommen in Betracht ziehen, so müssen wir, glaube ich, zu dem Schlufs gelangen, dafs:

1. Savills epidemische Hautkrankheit vom histologischen Standpunkte aus eine vom chronischen Ekzem vollständig verschiedene Krankheit darstellt;

2. dafs dieselbe ebenso wie das chronische Ekzem einer gröfseren Gruppe entzündlicher Erkrankungen der Haut angehört, welche Neubildung und Schuppen der Epidermis nebst oberflächlicher Zellinfiltration der Cutis aufweisen, d. h. zu der Gruppe der **Hautkatarrhe**, und zwar zu der Unterabteilung der **Parakeratosen** (Auspitz, Unna), denn das spezielle Merkmal, welches diese Parakeratosen kennzeichnet, nämlich das Schwinden des Keratohyalins in der Epidermis, ist beiden Krankheiten gemeinsam;

3. dafs die Savillsche Krankheit sich sowohl durch gewisse unbedeutendere Eigenschaften vom chronischen Ekzem unterscheidet, als auch namentlich dadurch, dafs die Kerne der Epidermiszellen eine neue und bemerkenswerte Art der Degeneration erleiden, die als **Peridiaphanie der Kerne** zu bezeichnen wäre.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Versammlungen.

66. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien

vom 24. bis 30. September 1894.

Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

(Originalbericht von Dr. Jessner-Königsberg.)

(Fortsetzung und Schluſs.)

Sitzung vom 27. September, 9 Uhr vormittags.

Vorsitzender: Engel-Reimers-Hamburg.

Neumann-Wien stellt einen Kranken mit **Pityriasis rubra pilaris** vor, der seit drei Jahren in seiner Beobachtung steht, wiederholt in der Wiener dermatologischen. Gesellschaft vorgestellt ist und zu lebhaften Diskussionen Veranlassung gegeben hat Im Beginne konnte keine sichere Diagnose gestellt werden, es ähnelte der Hautausschlag am meisten einem Chininexanthem. Allmählich trat das charakteristische Bild der Pityriasis rubra pilaris vor, die Knötchen aus Epidermiszellen ohne Veränderung in der Cutis. Jetzt ist die Haut weich, blafs, schuppt aber noch leicht. Weiſse Flecke waren auf der Haut im Verlaufe aufgetreten, die aber wieder geschwunden sind. Die Nägel waren verändert, sind jetzt aber wieder gesund. Arsenik hatte keinen Erfolg, die lokale Behandlung hat allmählich die Heilung angebahnt. (Abbildungen aus allen Stadien der Erkrankung werden demonstriert.) Betreffs der Verhältnisse von Lichen ruber planus und Lichen ruber accuminatus bemerkt der Vortragende, dafs er seit 18 Jahren jetzt zum ersten Male das Vorkommen beider Leiden bei demselben Individuum beobachtet habe.

Rille demonstriert einen Fall von **Aktinomykose**, wie er wohl selten oder gar nicht beobachtet ist. Die Patientin ist seit zwei Monaten krank, seit zwei Wochen in das Spital eingetreten. Man sieht an der Haut am Nacken, über dem Schulterblatt, am Rücken nahe der Medianlinie, am Oberarm zunächst eine Anzahl derb-teigiger Wülste, aufserdem findet man grofse Infiltrations- und Erweiterungsherde im subkutanen Bindegewebe, die sich stets weiter ausbreiten. Die Haut ist etwas bläulich verfärbt. Der Ausgangspunkt ist fraglich. Am Kiefer und in dessen Umgebung ist nichts Abnormes zu finden. Die Punktion eines erweichten Herdes durch Hohenegg hatte Eiter ergeben, in dem der Strahlenpilz nicht gefunden wurde. Erst tags zuvor ist es gelungen, in dem durch Schnitt entleerten Eiter an einer anderen Stelle den charakteristischen Aktinomycespilz nachzuweisen. Der Eiter ist sonst nicht charakteristisch, er fällt nur auf durch die Menge von Fettmassen und blafsgrauen Partikelchen. Innere Veränderungen sind nicht vorhanden, ein Tumor im Abdomen erwies sich als Myom. Kein Husten, kein Auswurf. Im Stuhl sind keine Pilze gefunden worden, derselbe zeigt aber die Charaktere einer Dünndarmerkrankung; man sieht bandwurmähnliche Schleimmassen (Colica mycosa-Nothnagel).

Neumann bezeichnet den Fall als ein Unikum. Kaposi erinnert an einen Fall von Billroth, bei dem am Abdomen und in der Leistengegend Aktinomykose bestand, die zu brettharter Infiltration führte. Sonderbarerweise trat auf Tuberkulininjektion eine starke Reaktion mit hohem Fieber ein, und es kam zu schneller Rückbildung.

Ehrmann-Wien: **Über die Verwendung der elektrischen Kataphorese in der Dermatotherapie.** Die Fortbewegung eines gelösten Körpers in einem festen,

unter Einfluſs des elektrischen Stromes bezeichnet man als elektrische Kataphorese. Die Bewegung geht vom positiven Pol zum negativen oder umgekehrt vom negativen Pol zum positiven, je nach der Beschaffenheit des betreffenden Körpers. Der Versuch, das Eindringen von Stoffen in die Haut mittelst dieses Verfahrens zu beweisen, ist dem Vortragenden gelungen für Anilinfarbstoffe und für Ichthyol. Steckt man die Hände in zwei ganz gleiche Glasgefäſse, auf deren Boden sich Zinkplatten befinden, nachdem man etwas verdünnte, wässerige Methylenblaulösung hineingethan, und läſst dann einen konstanten Strom von 10—20 M.-A. durchgehen, dann tritt an der Anode eine punktförmige Blaufärbung der Hand ein, entsprechend den Follikeln, besonders denjenigen, die dünne Haare enthalten. Bei Ichthyol wird die Hand am positiven Pol auch intensiv gefärbt, aber ganz diffus.

Früher schon hat man dieses Verfahren therapeutisch verwendet, besonders zur Erzielung lokaler Anästhesie. Später hat der Vortragende mit Sublimat Versuche in dieser Richtung gemacht. Jetzt will er berichten über die Versuche, Medikamente auf diesem Wege tief in die Follikel zu bringen. Er hat geeignete Elektroden konstruiert, die vorne am Ende offen sind oder Hartgummiglocken enthalten. Man gieſst 20—30% Ichthyol hinein, legt die Elektroden fest auf die Haut und läſst einen Strom von 15—20 M.-A. 10—15 Minuten hindurchgehen. Gute Wirkung hat der Vortragende von dieser Therapie gesehen bei der Sykosis vulgaris Hebrae und der Sykosis parasitaria. Die letzteren Fälle werden in 8—15 Tagen geheilt, bei den ersteren dauert die Behandlung länger. In den Fällen, wo subkutane Zellgewebseiterung besteht, da versagt natürlich die Kataphorese, da die Fortbewegung nur in Kapillarräumen statthat. Da muſs zu Skarifikationen gegriffen werden. Wo es sich um reine Folliculitis handelt, sind die Erfolge der Kataphorese sehr gut. Der Vortragende hat der Bequemlichkeit halber Elektroden mit Fixierbinde anfertigen lassen; auch in verschiedenen Formen, je nach der Körperstelle, werden sie geliefert, flach gebogen, knieförmig. Letztere Elektrode ist für das Filtrum narium, wo die Behandlung der Sykosis am schwierigsten ist. In einzelnen Fällen verbindet man zweckmäſsig damit die Elektrolyse, wie er es in einem Falle gethan, der demonstriert wird. Es war durch Folliculitis nuchae zur völligen Sklerosierung der Haut gekommen; das Leiden bestand seit neun Jahren; die Haare standen in Büscheln angeordnet oder vereinzelt in weiten Mündungen. Der Erfolg war ein sehr guter. Ein Galvanometer ist dazu nötig.

Diskussion.

Jarisch-Graz empfiehlt als sehr wirksam gegen Sykosis parasitaria warme Umschläge mit Leinsamen; man erzielt in drei Wochen regelmäſsig Heilung. Auch kokkogene Sykosis wird durch warme Umschläge sehr gebessert. Ganz besonders günstig wirkt dann eine Salbe, die Brooke empfohlen hat:

Hydrargyrum oleinicum (5%)	20,0
Zincum oxydatum	
Amylum	aa 7,0
Vaselin	14,0
Ichthyol	1,0
Acidum salicylicum	1,2

Besonders in einem Falle von Sykosis der Vibrissae erfolgte die Heilung auffallend schnell.

Kaposi: **Noch einmal Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus.**

Der Vortragende fühlt sich durch das von Neisser auf dem Internationalen Ärztekongreſs in Rom gegebene Referat „Über den gegenwärtigen Stand der Lichenfrage“ veranlaſst, von neuem das Thema zu besprechen. In diesem Referate Neissers findet sich wiederholt eine seit 1889 oft ausgesprochene Miſsdeutung, daſs Kaposi als

Lichen ruber acuminatus eine Krankheit beschrieben habe, die ganz verschieden sei vom Lichen ruber Hebrae. Neisser sagt an einer Stelle: „Dem Lichen ruber planus stellen wir gegenüber einen Lichen ruber acuminatus, wobei wir betonen, dafs wir uns weder strikte an die Beschreibung des alten Hebra, noch viel weniger an die neuere Definition Kaposis der von ihm so genannten Fälle anklammern, denn es scheint ganz zweifellos, dafs beide Autoren ganz verschiedene — nur durch die acuminierte Form der geröteten Efflorescenzen zusammengefügte — Krankheiten beschrieben haben, von denen wir für einige wenige die Zusammengehörigkeit mit dem Lichen ruber planus, für die meisten anderen eine solche mit der Pityriasis rubra pilaris reklamieren müssen."

An einer anderen Stelle sagt Neisser, sein Lichen ruber acuminatus sei nicht der Kaposische, sondern eher der echte Hebrasche. Dasselbe wiederholt er an einer anderen Stelle.

Der Vortragende betont nun, dafs er unter Lichen ruber acuminatus nie etwas anderes verstanden habe, als die Krankheit, welche Hebra beschrieben und hat zeichnen lassen. Er mufs einen historischen Rückblick auf die in Rede stehende Frage werfen: Ursprünglich kannte man nur den Lichen ruber Hebrae. Die Beschreibung, die Wilson von der Krankheit Lichen planus gegeben und mit Krankheitsgeschichten belegt hat, war eine sehr genaue und klare. Das bekannte Bild, der überraschende Erfolg von Arsenik waren charakteristisch. In der Einleitung sagte Wilson, dafs er geneigt sei, zu glauben, dafs sein Lichen planus identisch sei mit dem Lichen ruber Hebrae. Diese Vermutung in diesem Sinne war nicht richtig. Wahrscheinlich hat Wilson nie ein Bild gesehen, wie es Hebra beschrieben habe (Lichen ruber acuminatus). Inzwischen hatten dann viele Ärzte die Krankheit Lichen planus beschrieben. Kaposi hat dann bei demselben Kranken die Hebraschen und Wilsonschen Formen gleichzeitig gesehen und kam dadurch zu der Überzeugung, dafs es derselbe Prozefs sei, der in den zwei Bildern erscheint, wie sie Hebra und Wilson beschrieben. Deutlich hat er sich aber erst über die Frage ausgesprochen, als englische und amerikanische Autoren Arbeiten über Fälle von Lichen ruber Hebrae publicierten. 1876 hat der Vortragende die Erklärung abgegeben, dafs, da beide Bilder an demselben Kranken vorkommen, der Lichen planus auch als Lichen ruber zu bezeichnen sei. Er schlug aber vor, die Zusätze „planus" und „acuminatus" zu machen; letztere Bezeichnung hat bis dahin überhaupt nicht existiert. Sie sollte die Hebrasche Form kennzeichnen.

Es kommt dann eine Periode des Zweifelns, ob Kaposi recht habe. Besonders sind die Zweifel von Amerikanern erhoben worden, welche alle sagten: entweder der Lichen planus ist der eigentliche Lichen ruber, und der Lichen ruber acuminatus ist nicht vorhanden, oder, wie Taylor meinte, der Lichen ruber planus ist ganz etwas anderes, hat mit dem Lichen ruber Hebrae überhaupt nichts zu thun. Seitdem haben viele das gleichzeitige Auftreten an demselben Individuum gesehen, wenn die Fälle auch selten sind, so dafs die meisten darin einig sind, den Lichen ruber planus und Lichen ruber acuminatus als dieselbe Krankheit anzusehen. 1889 kam aber ein weiteres, störendes Moment hinzu durch die Pityriasis rubra pilaris (Besnier). Auf Grund der Lektüre und der Bilder hat der Vortragende dieses Leiden mit dem Lichen ruber acuminatus identificiert. Als er die Fälle von Pityriasis rubra pilaris in Paris gesehen, hat er erklärt, er könne die Bilder nicht unterscheiden.

Um die Meinung, dafs der Lichen ruber planus und acuminatus zusammengehören, zu erhärten, führt der Vortragende noch an, dafs er eine Reihe atypischer Formen vom Lichen ruber planus beschrieben habe, so den Lichen ruber monileformis, plaqueähnliche Formen, diffuse Dermatitiden, Blasenbildung. (Demonstration von Bildern.)

In der letzten Zeit hat er dann Fälle von Lichen ruber acuminatus gesehen, die ähnliche Bilder boten, wie der Lichen ruber monileformis. Andererseits hat er auch

beim Lichen ruber planus Formen gesehen, ähnlich denjenigen des Lichen ruber acuminatus. Bei einem Falle von Lichen ruber planus bestanden am Handrücken ichthyosisähnliche Bildungen, im Gesichte Epidermishypertrophien; am Stamm sah man typische Efflorescenzen des Lichen ruber planus. Zur Zeit beobachtet er eine seit vielen Jahren kranke Frau, die viel lokal behandelt ist, niemals Arsenik bekommen hat. Diese Frau zeigt an den Armen Striae, retikulär angeordnet, ähnlich warzigen Bildungen. (Moulagen illustrieren den Fall.) Die beiden Krankheitsbilder nähern sich also einander.

Was nun das Verhältnis von Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris betrifft, so führen die Behauptungen von Neisser weniger Erfahrene zu falschen Schlüssen über die Ansichten des Vortragenden. Der Vortragende erklärt nun nochmals, dafs er keine einzige Krankheitserscheinung, wie sie Besnier als charakteristisch für die Pityriasis rubra pilaris angiebt, kennt, welche nicht auch beim Lichen ruber acuminatus beschrieben worden sei. Baretta hat selbst erklärt, dafs er seine Moulagen von Pityriasis rubra pilaris nicht unterscheiden könne von den Abbildungen von Lichen ruber Hebrae. Nun ist ja allerdings Baretta kein Arzt. Die französischen Dermatologen erklärten seine Abbildungen von Lichen ruber Hebrae alle für Pityriasis rubra pilaris. Dieselben haben noch niemals Lichen ruber acuminatus diagnosticiert, ebenso wie er, der Vortragende, niemals Pityriasis rubra pilaris. Diejenigen, welche beide Leiden unterscheiden, haben den Fehler begangen, die Symptome des Lichen ruber planus zum Vergleiche heranzuziehen. Dieser ist aber doch unterschieden vom Lichen ruber acuminatus, trotzdem sie zusammen vorkommen.

Zwei Momente werden dann zu Gunsten der Unterscheidung beider in Rede stehender Krankheitsbilder angeführt: erstens der gute Verlauf, zweitens die Heilung auf rein lokale Behandlung. Diese Beweismomente verdienen Berücksichtigung. Jedoch ist dabei folgendes zu beachten. Eine Reihe von den als Pityriasis rubra pilaris bezeichneten Fällen Besniers sind zweifellos zum Teil Psoriasis, zum Teil toxische Erythrodermien, zum Teil Keratosis follicularis. Es bleiben dann aber noch immer viele Fälle übrig, die als Pityriasis rubra pilaris bezeichnet werden können. Von diesen aber ist, wenn man die Krankengeschichten genau liest, kein einziger geheilt entlassen. Sie sind gebessert, ungeheilt entlassen oder nicht weiter beobachtet; sie haben jahrelang fortbestanden. Ein Teil ist erst auf Arsendarreichung besser geworden. Es kann also diese Krankheit, die 10—15 Jahre fortbesteht, durchaus nicht als so gutartig bezeichnet werden. Umgekehrt aber ist der Lichen ruber Hebrae auch in keiner Weise so sicher ein malignes Leiden, wie man es gewöhnlich behauptet. Hebra selbst hat schon die Heilungsmöglichkeit zugegeben, und die Erfahrungen des Vortragenden sprechen auch dafür. Andererseits ist Arsenik auch nicht von unfehlbarer Wirkung, ein Fall ist trotz Arsenik gestorben. Der Vortragende kennt auch Fälle von Lichen ruber Hebrae, die akut verlaufen, spontan schwinden. (Demonstration von Bildern.) Ein Fall betrifft ein Mädchen, bei welchem jeder Lichen ruber accuminatus diagnosticiert hat; dasselbe bekam keinen Arsenik, aber dennoch trat plötzlich Besserung ein; das Mädchen wurde gesund. Also nicht alle Fälle von Lichen ruber accuminatus verlaufen ungünstig und nicht alle reagieren auf Arsenik.

Man hat dann die häufige Wiederholung von Pityriasis rubra pilaris hervorgehoben, die sich dann jedesmal spontan zurückbildete. Der Vortragende kennt aber auch Fälle, wo der Lichen ruber acuminatus recidivierte. Folgender ist besonders instruktiv: Ein jetzt 38 Jahre alter, hoher Würdenträger, sehr intelligent, der seine Krankengeschichte sehr sorgsam führte, bekam im 2., 4., 10. Lebensjahre Exantheme, zuerst in der Umgebung des Mundes, dann am ganzen Körper lokalisiert. Kaposi sah dann 1867 einen Anfall und diagnosticierte Lichen ruber acuminatus. (Demonstration des Bildes). Es wurde innerlich Arsenik gegeben, äufserlich nichts angewandt; 1868

war das Leiden geheilt. 1869, 1872, 1874, 1876 gab es dann neue Schübe an Mund, Augen, Händen, Gesicht; dann folgte eine Pause bis 1893, wo der neunte Anfall auftrat. Schüttelfrost, Fieber, Exanthem an Gesicht und Brust. 1894 war alles bis auf eine kleine rote Stelle am Stamm unter Arsenik geheilt. Nimmt man schwere Fälle von Pityriasis rubra pilaris und vergleicht sie mit den Moulagen von diesem Falle, so giebt es nichts Kongruenteres in der ganzen Pathologie.

Der Vortragende kommt zu dem Schlusse: Der Lichen ruber acuminatus ist dasselbe, wie die Pityriasis rubra pilaris; der erstere Name ist historisch berechtigter.

Es schliefst sich an den Vortrag die Demonstration einer Patientin mit Lichen ruber acuminatus. An der folgenden Diskussion konnte der Vortragende, der weggehen mufste, nicht teilnehmen.

Lang: Wenn man die Beschreibungen und Abbildungen von Pityriasis rubra pilaris betrachtet, dann kommt man zu der Überzeugung, dafs es sich um sehr schwankende Verhältnisse handelt. Es sind vom Vortragenden eine Reihe von Fällen erwähnt worden, die viele in Wien gesehen haben. Zu diesen mufs aber einiges bemerkt werden, da sie zu bestimmten Schlufsfolgerungen geführt haben. Nicht immer waren alle derselben Ansicht betreffs der Fälle. So gingen die Meinungen sehr auseinander in einem Falle von Syphilis mit Lichen ruber; derselbe Kliniker hat denselben Fall in verschiedenen Jahren verschieden aufgefafst.

In einem anderen Falle, welchen der Redner Hebra überliefs, erklärte dieser, dafs derselbe sich doch vom Lichen ruber unterscheide; jetzt wird derselbe Fall aber in den Moulagen als Lichen ruber acuminatus gezeigt. Es herrscht da also eine grofse Labilität, und man kann deshalb unmöglich so sichere Schlüsse ziehen. Das Leiden des erwähnten Würdenträgers wird von Hans v. Hebra, der doch den sicheren diagnostischen Blick von seinem Vater geerbt hat, als Pityriasis rubra pilaris bezeichnet. Der vorher von Neumann vorgestellte Fall, in dem zuerst Toxidermie, dann Pityriasis rubra pilaris diagnosticiert wurde, spricht auch dafür, dafs wir noch lange nicht so weit sind, bindende Schlufsfolgerungen aufzustellen.

Die Koincidenz von Lichen ruber planus und Lichen ruber acuminatus bei demselben Falle spricht auch nicht ohne weiteres für die Identität der Prozesse, zumal wenn man bedenkt, um welche selten vorkommende Prozesse es sich handelt. Wenn Neumann mit seiner grofsen Erfahrung in 18 Jahren einen einzigen Fall gesehen hat, so mahnt das doch zu grofser Vorsicht.

Der Redner kommt deshalb zu dem Resumé: Es giebt Dermatitiden, die wir noch nicht rubricieren können, es giebt wahrscheinlich Lichen ruber planus, Lichen ruber acuminatus und auch Pityriasis rubra pilaris.

Schwimmer steht auf dem Standpunkte, dafs Lichen ruber planus und Lichen ruber acuminatus zusammengehören, ohne aber identisch zu sein. Er hat im Laufe der Jahre mehrere Fälle gesehen, wo beides bei demselben Individuum nebeneinander vorkam. Er hat auch solche Fälle gesehen, wo nach Lichen ruber planus sich später Lichen ruber acuminatus entwickelte. Er sieht in jedem Jahre ca. 20—25 Fälle von Lichen ruber planus; man kann denselben nach seinem Ablauf noch lange erkennen aus den lividen Pigmentierungen, welche er zurückläfst.

In dem Streite über Pityriasis rubra pilaris und Lichen ruber accuminatus wird wohl noch lange keine Entscheidung fallen; es ist im Grunde auch ziemlich gleichgültig, wie man das Leiden im Einzelfalle benennt. Was die Wiener als Lichen ruber acuminatus bezeichnen, nennen die Franzosen Pityriasis rubra pilaris; es ist das Ganze eine unnötige Haarspalterei. Es giebt keine Differenzen, welche zu einer Trennung führen.

Neumann bemerkt in historischer Beziehung: Wenn Hebra 1858—1862 von Lichen

ruber sprach, so war es stets eine tödlich verlaufende Krankheit. Jetzt sieht man solch böse Fälle nicht mehr, weil der Arsenik es nicht dazu kommen läfst. Den Lichen planus hat der alte Hebra nicht gekannt, auch nicht in der ersten Auflage seines Buches erwähnt. Der Lichen ruber planus schwindet auf örtliche Behandlung ohne Arsenik, nicht der Lichen ruber acuminatus. Als er nach Paris kam und die Moulagen sah, da fand er auch, dafs Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris identische Prozesse sind. Das Bild in einer bestimmten Zeit sagt aber nichts, aus Moulagen kann man kein Urteil abgeben, man mufs den Verlauf genau beobachten. Der im Beginne der Sitzung von ihm vorgestellte Fall illustriert aber die Differenz, er zeigte genau das Bild, welches die Franzosen uns schildern. Anatomisch sind ja auch Differenzen vorhanden.

Sein Standpunkt ist also folgender: Der alte Lichen ruber Hebrae existiert; Lichen planus war Hebra nicht bekannt; er kommt kombiniert mit Lichen ruber vor; die Pityriasis rubra pilaris ist eine selbständige Krankheit für sich, welche in Frankreich häufiger vorkommt.

Jadassohn: Die Citate Kaposis aus der Arbeit Neissers können auf die Auffassungen des letzteren ein falsches Bild werfen. Neisser hat gesagt, dafs Kaposi den Ausdruck „Lichen ruber acuminatus“ so erweitert, dafs er nicht mehr die ursprüngliche Begrenzung hat. Die morphologischen Analogien zwischen den in Rede stehenden Prozessen sind sehr grofs, aber der Verlauf entscheidet; dieser aber ist ein sehr verschiedener. Neisser schliefst sich Lang und Neumann an. Wenn Kaposi auch Fälle von Keratosis follicularis nicht genau gegen die Pityriasis rubra pilaris abgrenze, so mufs dem gegenüber bemerkt werden, dafs da Differenzen sicher bestehen. Zur Keratosis follicularis zählen auch die Bilder, wie sie Unna und Taenzer als Ulerythema ophryogenes bezeichnen.

Jessner-Königsberg: Die Beweise Kaposis sind vornehmlich klinischer Natur. Entscheidend sind aber doch histologische Untersuchungen der Initialefflorescenzen. Nun sind ja in der Litteratur bedeutende Differenzen in der Struktur einer Efflorescenz bei Pityriasis rubra pilaris und einer solchen bei Lichen ruber geschildert worden; erstere beginnt als epidermoidales Leiden, letzteres spielt sich von vorneherein im Stratum papillare ab. Werden diese Differenzen von den Freunden der Identität beider Prozesse geleugnet, sind von ihnen Untersuchungen in dieser Richtung angestellt? Histologische Befunde würden da doch bedeutend ins Gewicht fallen.

Neumann schildert hierauf die histologischen Vorgänge bei beiden Leiden und erkennt die angegebenen Differenzen als bedeutungsvoll an.

Behrend-Berlin legt Präparate von Aplasia pilorum vor, die illustrieren, dafs die dickeren Teile der Haare die gesunden sind.

Gemeinsame Sitzung der obengenannten Sektionen am 27. September, 3 Uhr nachmittags.

Zu dieser Sitzung, über deren Anberaumung die Ansichten sehr auseinandergingen, waren die Leiter der Sektionen nicht erschienen. Da aber zahlreiche Teilnehmer da waren, beschlossen dieselben, die Sitzung dennoch abzuhalten. Sie wählten zum Vorsitzenden Prof. Moritz-München.

Heller-Nürnberg: **Die Pharyngotherapie, ein Beitrag zur Behandlung der Infektionskrankheiten.** Der Vortragende will nicht über die Therapie der Pharynxkrankheiten sprechen, sein Ziel ist ein viel allgemeineres. Er will einen Griff in die volle Praxis thun. Wenn man der Bakteriologie vorgeworfen hat, dafs sie nichts für die Therapie geleistet hat, so ist das nicht berechtigt. In der Serumtherapie ist ein Ansatz dazu gemacht, der vielleicht zu einer ganz neuen Therapie der Infektionskrankheiten führen werde. Jedoch bleibt es zweifelhaft, ob diese dann in die Hände

jedes praktischen Arztes wird gelegt werden können. Seine Methode, die er hier vorlegen will, kann jeder Arzt mit den einfachsten Mitteln üben, er hat sie mit bestem Erfolge seit 25 Jahren ohne Krankenhaus bei Infektionskrankheiten angewendet und erprobt. Die Methode geht von folgenden Fundamentalsätzen aus: 1. Die Mehrzahl der Infektionskrankheiten, vielleicht mit Ausnahme der Cholera und Dysenterie, sind Inhalationskrankheiten. 2. Die erste Lokalisation des Erregers ist in den oberen Luftwegen zu suchen (Nase, Nasenrachenraum, Rachenraum). 3. An diesen Stellen spielte sich die Inkubationsperiode ab. 4. Von hier aus erfolgt erst die Resorption in das Blut, in die Säftemasse. Im Lichte dieser Anschauungen ist eine gewisse typische Harmonie im Verlaufe aller Infektionskrankheiten vorhanden. Die Probe auf das Exempel hat der Vortragende nun in der Praxis durch die Vornahme gründlicher Ausspülungen des Nasenrachenraumes bei allen Infektionskrankheiten gemacht und ausgezeichnete Erfolge erzielt.

Die erste Reaktion auf diesen Eingriff ist ein auffallender Fieberabfall mit einem Gefühl von Euphorie; dieses tritt sofort ein unter gleichzeitiger Besserung der lokalen Erscheinungen. Am besten beobachtet man das beim Erysipel, welches sehr günstig beeinflufst wird. Antifebrilia kommen dabei nicht zur Verwendung. Günstig ist der Erfolg auch bei Diphtherie, besonders auch bei derjenigen des Kehlkopfes; es kann sogar die Tracheotomie dadurch umgangen werden. Das Verfahren ist oft lebensrettend. Gurgelungen sind dabei eine unnötige Grausamkeit. Die Ausspülungen werden zweimal täglich vom Arzte selbst, oder einer geschulten Person gemacht. Bei Keuchhusten ist dieses Verfahren das beste. Bei Scharlach und Masern sind die Ausspülungen in leichten Fällen ja entbehrlich, sonst aber von hohem Werte. Auch prophylaktisch haben sie eine Bedeutung: sie halten die Krankheit fern oder gestalten sie milder.

Der Verfasser schildert dann eingehend seine guten Erfolge bei Rubeola, Tuberkulose, Drüsenschwellungen, Typhus, wo Delirien, Coma beseitigt, das Fieber herabgesetzt wird, die Beläge von Zunge und Lippen schwinden. Auch akuter Gelenkrheumatismus ist eine Inhalationskrankheit und fällt in den Bereich dieser Therapie.

Man benutzt zu den Ausspülungen einen Kautschukballon mit spitz zulaufender Ausflufsöffnung. Das Wasser kann Zusätze von Kochsalz, Antisepticis bekommen. Die Temperatur desselben richtet sich nach der Aufsentemperatur und dem Fieber. Temperaturen bis 50° werden vom Nasenrachenraume gut vertragen.

Benedikt-Wien stellt zwei **Tabesfälle** vor, die mit **blutiger Nervendehnung** behandelt sind. Er bezeichnet die Fälle als therapeutische Ketzer. Der eine Fall ist vor 11 Jahren, der andere vor 6 Jahren operiert. Er waren beide schwerste Fälle von Ataxie, die zu den heftigsten Schleuderbewegungen geführt hatten, so dafs das Gehen unmöglich war. Die Frau kann jetzt einigermafsen gehen, ist wieder erwerbsfähig geworden, das Rombergsche Symptom besteht fort. Der Mann hat eine prodromale Sehnervenatrophie, welche immer eine gute Prognose giebt; seine starke Ataxie ist seit der Operation sehr gebessert. Die Nervendehnung wirkt wie eine Ätzung durch Anregung einer akuten Entzündung; der Erfolg tritt dementsprechend erst später ein. Ataxie und Schmerzen werden gebessert, während das Rombergsche Phänomen bestehen bleibt.

Engel-Berlin: **Zur Genese und Regeneration des Blutes. Demonstration von Mikro-Photogrammen.** Wenn man das Blut möglichst junger Mäuseembryonen untersucht, findet man mikroskopisch keine der gewohnten Formen, weder kernlose, noch weifse Blutkörperchen, noch Blutplättchen. Das Blut besteht zu dieser Zeit aus einer Anzahl hämoglobinhaltiger Blutkugeln mit grofsen Kernen. Es fragt sich nun, wie der Übergang dieser grofsen, kernhaltigen Blutkörperchen in die gewöhnlichen sich gestaltet. Zuerst sieht man karyokinetische Figuren, sodann nimmt die Zahl der

grofsen Blutkugeln bis auf wenige Exemplare in wenigen Tagen ab. Statt dessen findet man im Blute kernhaltige rote Blutkörperchen und Blutkugeln mit kleinen Kernen. Es teilt sich die Blutzelle in ein kernhaltiges und kernloses Protoplasma; man bezeichnet sie in diesem Stadium als Metrocyt. Zur Feststellung dieser Vorgänge benutzt man die Ehrlichsche Trockenmethode und die Färbung mittelst der Triacidmischung. Das kernlose Protoplasma bildet die roten Blutkörperchen; über das kernhaltige gehen die Ansichten auseinander. Rindfleisch glaubt, dafs die Kerne die Zelle verlassen, andere nehmen an, dafs die Kerne degenerieren. Ehrlich giebt beide Möglichkeiten zu. Nach des Vortragenden Beobachtungen differenziert sich der Kern nach zwei Richtungen hin: entweder er tritt wirklich aus dem Körperchen aus oder er bleibt bestehen, und das hämoglobinhaltige Protoplasma wird vom Blutplasma mehr oder weniger aufgelöst. Der Vortragende zieht nun eine Parallele zwischen der embryonalen Entwickelung und gewissen Vorgängen bei Bluterkrankungen. So sind die Megaloblasten bei perniciöser Anämie Analoga der kernhaltigen roten Blutkörperchen, wie wir sie bei Embryonen später als Abkömmlinge, resp. Teile der Metrocyten finden. Ihr Vorkommen deutet eine schwere Störung in der Blutzusammensetzung an.

Der Vortragende kommt dann noch im Laufe des inhaltreichen Vortrages auf den Befund abnorm aussehender roter Blutkörperchen im Blute zu sprechen, die durch Platzen derselben und Austreten einer Masse, welche sich färbt wie die Kerne, entstehen. Durch sehr scharfe Mikrophotogramme illustriert er seine Ausführungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.: **Beziehungen innerer Krankheiten zu Hautveränderungen.** Der gewaltige Umfang der praktisch-medizinischen Wissenschaften hat eine weitgehende Spezialisierung zur Notwendigkeit gemacht. Soll diese Teilung der Arbeit aber gute, reife Früchte tragen, dann dürfen die einzelnen Fächer nicht nach zu grofser Selbständigkeit streben, müssen sich ihrer Zusammengehörigkeit bewufst bleiben, sich um einen gemeinsamen Mittelpunkt schaaren. Dafs dieser nur von der inneren Medizin eingenommen werden kann, scheint dem Vortragenden zweifellos. Von diesem Gesichtspunkte aus will derselbe in allgemeinen Umrissen die Fäden kurz entwickeln, welche innere Medizin und Dermatologie verbinden; es soll das nur eine Kundgebung zu Gunsten des Zusammenhanges der beiden Disziplinen sein, die vielleicht in Wien besonders am Platze ist, da man gegen die Wiener dermatologische Schule den Vorwurf allzu grofser Selbständigkeit, wenn auch nur teilweise mit Recht, oft erhoben hat.

Man kann die Hautveränderungen bei inneren Leiden nach folgendem Schema einteilen:

1. Per continuitatem resp. per contiguitatem entstehen zahlreiche Anomalien auf der Körperfläche im Anschlufs an interne Krankheiten. Hierher zählen durchbrechende Echinococcuscysten, das Pyaema necessitatis, die Emphyseme der Haut nach Läsionen der Atmungsorgane oder des Oesophagus. Sodann ist zu denken an die Reizung oder Infektion der Haut durch die Sekrete benachbarter Schleimhäute oder qualitativ resp. quantitativ veränderte Exkrete, so an die kokkogene Sykosis der Oberlippe, die Diphtherie des Naseneinganges, die Tuberkulose an Mund und After, die Intertrigo der Säuglinge, die Balanitis und Vulvitis der Diabetiker.

2. Hautveränderungen können auf dem Wege der Nervenbahnen ausgelöst werden. Dieses kann durch Reflex geschehen — es sind das meist schnell schwindende Angioneurosen — oder durch direkte Funktionsstörung der die Haut versorgenden Nervenfasern infolge zentraler oder peripherer Läsionen. Da sind zunächst die Sensibilitätsstörungen in ihren verschiedenen Modifikationen, deren Bedeutung für die neuropathische Diagnose zu schildern, Eulen nach Athen tragen hiefse. Der Vortragende erinnert nur an die charakteristischen, dissoziierten Sensibilitätsstörungen bei der Syringomyelie. Von Sekretionsanomalien hebt er als Beispiel

die Hemihyperhidrosis facialis hervor. Grofs ist die Zahl der vasomotorischen Neurosen der Haut, die variieren, je nachdem die Konstriktoren oder Dilatatoren getroffen sind, Reiz- oder Lähmungszustände ausgelöst werden. Der Vortragende hebt die Erythromelalgie als einen Dermatologen und Interne gleichmäfsig interessierenden Symptomenkomplex hervor. Die trophischen Hautanomalien haben für den Kliniker ebenso grofsen Wert, wie für den Physiologen, der seine Beweisführung für die Existenz trophischer Nervenfasern fast allein auf die Trophoneurosen der Haut stützt. Besonders erregen die Dystrophien grosses Interesse, so der Herpes zoster, die symmetrische Gangrän, die multiple Gangrän, die Maladie de Morvan, der Decubitus acutus. Es sind das alles nicht Folgen vasomotorischer Lähmungszustände, wie manche meinen, denn keine Lähmung von Gefäfsnerven kann zu Gangrän führende Anämie bewirken.

3. Auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen können interne Leiden zu Hautveränderungen führen. Der Vorgang kann dabei ein verschiedener sein: es können organische Veränderungen der Gefäfswandungen mitspielen, es können mechanische Störungen des Blutkreislaufes bestehen. Herz- und Lungenleiden, Thrombosen des Hirnsinus, Tumoren des Mediastinums, die Lebercirrhose bieten eine Fülle von Beispielen.

Anormale Blutzusammensetzung, d. h. Änderung in dem normalen Verhältnis zwischen Plasma, korpuskulären Elementen und Hämoglobingehalt, bedingt zahllose Erscheinungen auf der Haut: so die verschieden nuanzierte Blässe derselben, Ödeme, Hämorrhagien, so die bekannten leukämischen und pseudoleukämischen Hautanomalien.

Sind dem Blute abnorme Stoffe beigemengt, so ergiebt das eine weitere Reihe von Symptomen auf der Körperdecke. Diese Stoffe können sein Mikroorganismen oder deren Produkte. Alle typischen, zum Teil sogar pathognomonischen Efflorescenzen der Infektionskrankheiten, manche Komplikation derselben (exsudative Erytheme, Hämorrhagien) zählen hierher, vielleicht auch nach den Untersuchungen von F. Klemperer der Herpes facialis.

Enthält das Blut abnorme Mengen von Produkten des eigenen Stoffwechsels, wie es bei der Urämie, der Arthritis, dem Diabetes, abnormen Vorgängen im Darmtractus der Fall ist, dann wird dadurch eine weitere Serie von Hautsymptomen gegeben. Sodann erwähnt der Vortragende noch das Myxödem, die Metastasen von Tumoren, die Toxidermien.

Zum Schlufs weist derselbe nochmals auf die Vorteile, welche der Dermatologie und internen Medizin von ihrer gegenseitigen Berücksichtigung erwachsen, hin; für die erstere sind sie mehr in ätiologischer, für letztere in diagnostischer Hinsicht zu erwarten. Bei dem stetigen Fortschreiten in der Vervollkommnung der Untersuchungsmethoden darf man auch die einfachsten nicht vernachlässigen, und zu diesen zählt die Adspektion. Diese bedarf auch der Schulung; auch makroskopisch gut zu sehen, will gelernt sein. Was in der Pädagogik der Anschauungsunterricht, das ist in der praktischen Medizin das Studium der Hautveränderungen. Möge deshalb die Dermatologie fleifsig studiert werden, möge in derselben, was für das Studieren Vorbedingung zu sein scheint, überall geprüft werden, dadurch schärft man den ärztlichen Blick, das für jeden Arzt wichtige makroskopische Sehen.

Hier sei ein kurzer Bericht über die Demonstrationen, wie sie in den Abteilungen der Herren Hofrat Neumann, Prof. Kaposi, Prof. Lang stattfanden, angeschlossen. Natürlich sollen nur einige wenige Fälle hervorgehoben werden, welche besonderes Interesse erregten oder in irgend einer Weise zum Nachdenken aufforderten.

Auf der Abteilung des Hofrats Neumann versammelten sich die Sektionsmitglieder zweimal. Es wurden zunächst mehrere **Syphilisfälle malignen Charakters** vorgeführt, die in früher Zeit Ecthyma und Rupia zeigten trotz energischer Therapie.

Es wurde betont, daſs bei solch malignen Syphilisfällen das Aussetzen jeglicher Quecksilbermedikation bei gleichzeitiger Einleitung roborierender Maſsnahmen die besten Erfolge giebt. Nach längerer Pause wirkt das Quecksilber um so besser.

Von Interesse war ein **Syphilisfall mit Icterus** im sekundären Stadium. Der Vortrag über dieses Thema war wegen Abwesenheit des Vortragenden leider ausgefallen.

Ein Unikum ist ein Patient, der wiederholt in der Klinik wegen schwerer Syphilis behandelt worden war. Derselbe zeigte jetzt neben einer chronischen Nephritis (amyloide Degeneration) einen groſsen Tumor der Leber, welcher an der Oberfläche sich etwas höckerig anfühlte. Der rechte Leberlappen reicht bis weit unter den Nabel. Aufserdem bestand ein groſser Tumor des Mediastinums und eine umschriebene Anschwellung des Schlüsselbeines.

Aufmerksamkeit erregte auch ein **Rhinosklerom** bei einer Frau, welches die Nasenöffnungen ganz verlegte und nach dem Nasenrachenraum gewuchert war.

Als **Erythem mit Herpes iris** wurde ein Fall vorgestellt, bei dem später angeregt wurde, ob es sich nicht doch um einen Pemphigus handle. Es bestanden an der vorderen Brustfläche ganz charakteristische, bis 5 cm im Durchmesser zeigende Erythemflecke. An Lippe und Nase sah man aufserdem groſse Blasen mit dünner Decke. Ob bei Pemphigus solche Erytheme beobachtet sind, ist doch noch fraglich; umgekehrt aber kommt es wohl vor, daſs die Blasen beim Herpes iris den Charakter der „Bullae" haben; man dürfte deshalb wohl den Fall am besten als Erythema bullosum bezeichnen.

Auf der Abteilung des Prof. Kaposi demonstrierte der Leiter zunächst das permanente Wasserbad, das sich immer mehr Freunde erwirbt und von den anderen Stationen des allgemeinen Krankenhauses stets sehr begehrt ist. Von den vorgestellten Fällen seien folgende hervorgehoben: **Herpes iris (Erythema exsudativum multiforme) an der Innenfläche der Hand und im Munde.** Die Lokalisation in der Palma manus ist eine aufserordentlich seltene, aber von Kaposi in seinem Lehrbuch schon als vorkommend erwähnt. Die sonstigen Prädilektionsstellen des Erythema exsudativum multiforme, so die Streckseite des Vorderarmes, sind ganz frei. Betrachtet man die Innenfläche der Hand, so kann man leicht zu der Diagnose Lues kommen; man gerät aber auf die richtige Fährte, wenn man die Mundschleimhaut betrachtet mit den erythematösen Flecken und den oberflächlichen Erosionen.

Lupus vulgaris am Zahnfleisch des Oberkiefers zeigte ein junges Mädchen. Die Diagnose wurde durch den gleichzeitig vorhandenen Lupus an der Nase erleichtert. Die Schleimhaut war in der Ausdehnung von ca. 3 cm geschwollen, aufgelockert und zeigte graue und graugelbliche Knötchen.

Rhinosklerom bei einer Frau, aber noch wenig ausgedehnt.

Xeroderma pigmentosum bei einem jungen Mädchen von ca. 25 Jahren, welches schon seit einer Reihe von Jahren zur Entfernung der entstehenden Epitheliome nach der Klinik kommt. Jetzt war wieder eine Reihe von Epitheliomen sichtbar. Sonst bietet die Patientin ziemlich das charakterische Bild: die atrophische Veränderung der Haut, die Hyperpigmentationen, kleinere Gefäſserweiterungen. Das Allgemeinbefinden ist ungestört.

Psoriasis universalis bei einem Manne. Das Bild war vollkommen einer universellen Dermatitis gleich. Die Haut des ganzen Rumpfes und der Extremität war gerötet und gespannt, bedeckt mit Schuppen. Wenn der Fall von Kaposi, der an die Demonstrationen manch interessante und lehrreiche Bemerkung über die verschiedensten Gebiete der Dermatologie knüpfte, als Psoriasis universalis bezeichnet wurde, so wird man diese Diagnose im Vertrauen auf seine groſse Erfahrung gewiſs acceptieren. Sonst könnte man aus dem gerade vorhandenen Bilde ohne Kenntnis des Verlaufes und der Entwickelung des Leidens nicht zu einer bestimmten Diagnose kommen.

Gangraena hysterica bei einem jungen, hysterischen Mädchen, welches zu zahlreichen, markstückgroßen Geschwüren geführt hat. Auffallend ist, daß die Schwester der Patientin jetzt dieselbe Affektion zeigt. Dieser, anderweitig schon publicierte Fall ist ein Seitenstück zu dem von Schwimmer in der Sektionssitzung berichteten. Kaposi betont die außerordentliche Schwierigkeit, Täuschungen auszuschließen. Dies kann man eigentlich nur dann, wenn man im Beginne einen roten Fleck und dann die unter der Blasendecke eintretende Nekrose selbst beobachtet hat. Sonst muß man immer darauf gefaßt sein, es mit Artefakten zu thun zu haben. Übrigens besteht nach Kaposi keine große Differenz zwischen dem Zoster gangraenosus und der Gangraena hysterica.

Pemphigus foliaceus zeigt eine Frau, welche bei flüchtiger Betrachtung das Bild einer Dermatitis bietet, ähnlich demjenigen der obenerwähnten Psoriasis universalis. Die Prognose des Pemphigus foliaceus wird von Kaposi jetzt nicht als eine schlechte hingestellt. Besonders unter der Einwirkung des Wasserbades kann es zu Besserungen und Heilungen kommen.

Bei den Vorstellungen zahlreicher **Scabiesfälle** hebt Kaposi die sehr günstigen Erfolge mittelst der einmaligen Einreibung von Unguentum Naphtoli compositum hervor. Aber auch das alte Unguentum Wilkinsonii hat gute Wirkung und ist oft sogar vorzuziehen.

Auf der Abteilung von Professor Lang wurde zunächst eine Reihe von **Syphilisfällen** demonstriert. Von diesen sei einer besonders hervorgehoben: er betrifft eine weibliche Kranke, die drei Wochen, nachdem sie wegen einer Sklerose in klinische Behandlung kam, schon eine Perforation des weichen Gaumens aufwies. Im übrigen besteht kein Zeichen maligner Syphilis, keine konstitutionelle Prädisposition für eine solche. Prof. Jarisch kann an die Möglichkeit einer Perforation als Folge einer vor wenigen Wochen erworbenen Sklerose absolut nicht glauben. Prof. Lang findet es auch sehr auffallend; die Möglichkeit müsse doch aber, wie der vorliegende Fall lehrt, zweifellos zugegeben werden.

Von Interesse war dann eine große Reihe von **Adenitiden**, die nach einem besonderen Verfahren behandelt werden. Die eiterhaltigen Drüsen werden durch einen kleinen Einstich entleert und dann eine $^1/_2$—1%ige Lösung von Argentum nitricum injiciert, so daß die Höhle ganz mit derselben ausgefüllt ist. Darüber kommt ein Kompressionsverband, eventuell unter denselben noch eine Bleiwasserkompresse. In letzter Zeit wurde statt Argentum nitricum auch Argentamin in gleicher Konzentration genommen. Die Eiterung sistiert schnell, die Höhle heilt bald, nur selten sind Fisteln einige Zeit zurückgeblieben. Das Zurückbleiben großer Narben wird dadurch vermieden. Lang empfiehlt diese Behandlungsmethode, die er allen übrigen, die er alle geprüft hat, vorzieht.

Schließlich demonstriert Prof. Lang einige **Lupusfälle**, die mittelst Excision und Transplantation behandelt worden sind. Alle scheinen geheilt, zeigen keloidartige Narben.

Von einer Reihe von Vorträgen, die in den verschiedensten Sektionen gehalten sind, will ich hier kurze Berichte anknüpfen, soweit dieselben dermatologisches Interesse bieten.

Falkenheim-Königsberg spricht in der Sektion für Kinderheilkunde über **Vaccination und Nephritis**. Im Anschlusse an die Perlsche Beobachtung von Nephritis bei einem vaccinierten Kinde wurden bei 187 Erstimpfungen 583 Urinuntersuchungen ausgeführt. Eine akute Nephritis konnte nicht konstatiert werden. Zweimal bestand Nephritis von früher, 25 Mal zeigten die Kinder am Tage nach der Impfung vorübergehende Albuminurie. Ob diese eine Folge der geringfügigen, pathologischen Erscheinungen (Darmkatarrhe etc.) war oder direkt dem Vaccinegift zur Last zu legen

ist, das müssen weitere Untersuchungen entscheiden, bei welchen der Urin der Kinder vor der Impfung geprüft und die Temperatur festgestellt werden muſs.

Einen Fall von Hemiatrophie facialis stellt ZAPPERT-Wien aus der KASSOWITZschen Abteilung in der Sektion für Kinderheilkunde vor. Derselbe betrifft ein neunjähriges Mädchen. Die Krankheit begann vor drei Jahren mit einer leichten atrophischen Hautverfärbung an der linken Wange und umfaſst jetzt Haut, Muskeln und Knochen; auch Zunge und Zahnreihe sind verkleinert. Sensible Störungen sind nicht vorhanden.

Geheimrat A. v. KÖLLIKER spricht in der Sektion für Anatomie **über die Nerven der Nebennieren**. Er stellt folgende Schluſssätze auf:

1. Die Rindensubstanz der Nebennieren von Säugern zeigt eine nicht unbedeutende Zahl von Nervenfäserchen, die mit freien Enden zwischen den Rindenzellen enden, ohne nähere Beziehungen zu diesen Zellen darzubieten.

2. Die Marksubstanz ist ungemein viel reifer an Nerven, als die Rinde, und treten hier die Nervenenden zu den einzelnen Zellen in ganz besondere Beziehungen, indem jede Zelle von einem Geflecht oder Korb von Faserenden umgeben ist.

3. Die Zellen des Markes sind keine Nervenzellen, wie FUSARI annimmt, sondern Drüsenzellen.

4. Ganglienzellen und mikroskopische Ganglien kommen in manchen Nebennieren, wie z. B. nach GOTTSCHAU beim Menschen, vor, doch haben dieselben offenbar keine andere Bedeutung, als die Elemente der Ganglien, die an der Oberfläche der Nebennieren sich finden.

5. Höchstwahrscheinlich bilden die Zellen der Marksubstanz unter dem Einflusse der Nerven besondere in das Blut übergehende Substanzen, eine Funktion, die vielleicht im geringeren Grade auch den Zellen der Rinde zugeschrieben werden darf.

6. Sensible Fasern sind in der Nebenniere wohl vorhanden, vielleicht besonders in dem oberen Nervenplexus derselben.

Über kryptogenetische Cystitis und Pyelitis spricht in der Sektion für innere Medizin Prof. POSNER-Berlin. Der Vortragende berichtet über die Versuche, bei Kaninchen Darm und Urethra zu unterbinden; bei völligem Darmverschluſs verlassen Bakterien, speziell das Bacterium coli, den Darm, gelangen, vielleicht durch das Peritoneum hindurch, in den Kreislauf und von da aus in den Urogenitalapparat. Manche „kryptogenetische" Entzündung der Harnwege dürfte so entstehen.

Über Sklerose des Mittelohres als parasyphilitische Affektion bei der Lues hereditaria tarda spricht Prof. G. GRADENIGO-Turin in der Sektion für Ohrenheilkunde. Diese Krankheitsform kann als leichte Abart derjenigen typischen Ohrerkrankung bei der späteren hereditären Syphilis angesehen werden, welche HUTCHINSON und HINTON beschrieben haben. Das klinische Bild entspricht vollkommen demjenigen der chronischen katarrhalischen Mittelohrentzündung mit Beteiligung des Labyrinths. Die allgemeine Behandlung kann gute Resultate geben, wenn sie nicht zu spät kommt.

Über thermische Einflüsse auf die Blutzusammensetzung spricht Prof. WINTERNITZ in der Sektion für Balneologie und Klimatotherapie. Nach einer kurzen Rekapitulation seiner bisherigen Funde über die Verschiedenheit der Blutzusammensetzung an verschiedenen Hautstellen und die Veränderungen unter allgemeinen und lokalen thermischen Eingriffen vergleicht er die Wirkungsverschiedenheit sogenannter erregender und warmer Umschläge. Er zeigt in graphischer Darstellung, daſs erregende Umschläge eine aktive Fluxion zu den Teilen, denen sie anliegen, bewirken, während warme eine passive Stase und Leukocytose an dem Orte der Einwirkung hervorrufen. Es ist dieses das erste Mal, daſs auf experimenteller Grundlage eine Wirkungsverschiedenheit dieser in der Praxis so vielfach benutzten Umschlagsformen erwiesen wurde.

Eine luetisch und tuberkulös erkrankte Lunge demonstriert Prof. Rindfleisch in der Sektion für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. Die Lungenspitze weist eine erbsengroſse Kaverne auf, welche die Mitte eines kleinknotigen, von Schwielen durchzogenen und umfaſsten Infiltrates bildet. Die Knoten sind zum Teil hanfkorngroſs und dann richtige Gummata syphilitica, zum Teil kleiner und dann echte miliare Tuberkel, die in einer faserigen Metamorphose begriffen sind. Selbst die Riesenzellen zerfallen hie und da in Faserzellen. Konglomerate von miliaren Tuberkeln sind von schwieligem Bindegewebe umfaſst, das mit den schwielig verdickten Lobularseptis zusammenhängt. In der Kaverne zahlreiche Tuberkelbacillen. Der betreffende Patient ein junger Mann, hatte zuerst ein tuberkulöses Infiltrat mit nachfolgender Kavernenbildung und darauf eine vehemente Syphilis acquiriert. Der Tod war ein gewaltsamer.

Der Vortragende nimmt an, daſs es Fälle giebt, wo das pathologisch-anatomische Produkt ein Mischgebilde von Syphilis und Tuberkulose darstellt in der Weise, daſs das tuberkulöse Granulom, insbesondere der Miliartuberkel, durch die hinzutretende Lues in seiner Entwickelung beeinfluſst und als fertiges Gebilde von einer luetischen Schwielenbildung eingekapselt wird, also eine Art Heilwirkung der Syphilis auf die Tuberkulose.

Über die Paralyse der Entwickelungsjahre spricht Alzheimer in der Sektion für Psychiatrie und Neurologie. Der Vortragende hat 40 Fälle von jugendlicher Paralyse (Dementia paralytica praecox) aus der Litteratur gesammelt. Hervorzuheben ist die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung, welche noch leichter nachzuweisen ist, als bei der Paralyse der Erwachsenen. Andere ätiologische Momente erscheinen dagegen von geringer Bedeutung, nur handelt es sich meist um erblich belastete Individua. Im klinischen Verlaufe zeigen die Fälle jugendlicher Paralyse eine fortschreitende Demenz, sehr häufige paralytische Anfälle und ein Vorwiegen körperlicher Lähmungserscheinungen. Ein Fall, wo das Leiden im neunten Lebensjahre begann, die Lähmungserscheinungen im Vordergrunde standen, wird berichtet.

Über Impfschäden referiert Voigt-Hamburg in der Sektion für Medizinalpolizei. Er bespricht die Ausschlagsformen, welche im Anschluſs an den Vaccinationsprozeſs beobachtet worden sind. Nach eingehender Schilderung der einzelnen Krankheitsformen kommt der Referent zu dem Resultate, daſs die sogenannten Impfschäden fast niemals als Folge einer mangelhaften Beschaffenheit der Impflymphe anzusehen sind, sondern daſs sie auf krankhafte Beschaffenheit der Haut des Abimpflings oder auf Schädigungen, welche die Impfpusteln während der Zeit ihrer Reifung oder Abtrocknung treffen, zurückzuführen sind. Von diesen Schäden ist eine Gruppe dadurch zu vermeiden, daſs man schwächliche und hautkranke Kinder von der Impfung ausschlieſst, die andere Gruppe durch gute Pflege der Geimpften. An der Hand von einer Viertelmillion Impfungen weist der Referent nach, daſs bei den 69 beobachteten Erkrankungsfällen eine von der Impfung unabhängige Ursache den Schaden angerichtet haben müſste.

Daran schlieſst sich ein Vortrag über das gleiche Thema von Stumpf-München. Derselbe sprach über die schweren Impfschäden und definierte ihre Formen, das Früh- und Späterysipel, die Verschwärung des Impffeldes, den fistulösen Abceſs, die eiterige Entzündung der Achseldrüsen und die septischen Formen. Er griff das Jahr 1890 heraus und besprach im einzelnen die infolge von accidentellen Impfwundkrankheiten in Deutschland vorgekommenen tödlichen Fälle, sowie die auſserordentliche Seltenheit dieser Vorkommnisse, von denen jedes unbedingt zur Kenntnis der Behörden kommt. Bei den in Deutschland getroffenen Einrichtungen ist es ganz unmöglich, daſs irgend ein schwerer Fall verborgen bleibt. Daran reihte sich die Besprechung des groſsen statistischen Materials der Schweiz und der bezüglichen Tafeln des kaiserlichen Reichsgesundheitsamtes.

Der Redner schlofs, indem er die Zuversicht aussprach, dafs ein sich im Volke ausbreitendes hygienisches Denken, sowie die analytische und wissenschaftliche Begründung der Jennerschen Lehre uns von der Rückkehr zur Misere, wie sie vor Jenner geherrscht hat, verschonen wird.

In der Diskussion erwähnt Chalibaeus-Dresden, dafs Urticaria auch in kalter Jahreszeit vorkommt, und zwar am 12.—16. Tage nach der Impfung.

Voigt bemerkt, dafs manche Ekzeme sich nach der Impfung leicht verschlimmern, und warnt daher davor, ekzemverdächtige Kinder zu impfen.

Dasselbe spricht Blezinger-Cannstadt aus.

Hay hebt hervor, dafs bei den mit animaler Lymphe aus der k. k. Impfstoff-Gewinnanstalt geimpften Personen kein Todesfall, keine schwere Erkrankung als Folgeerscheinung des Impfens gemeldet worden ist, obwohl gegen 300000 Impfportionen an die Impfärzte versandt sind mit der Weisung, jeden Erkrankungsfall sofort zu melden.

Chalibaeus ist der Ansicht, dafs der Ausdruck „Impferysipel" von verschiedenen Ärzten verschieden aufgefafst wird, dafs eine grofse Zahl von Ärzten jede excessive Randentzündung als Erysipel bezeichnen. Am besten wäre es, den Ausdruck gar nicht zu brauchen.

Professor Czokor erstattet das Referat über die Verwertung und Verwendung der Impftiere zur Erregung animaler Pockenlymphe, hebt besonders die angeborenen und erworbenen Krankheiten, speziell die angeborene Tuberkulose der Kälber hervor und führt alle Krankheiten auf, welche die Verwendung der Kälber als Impftiere unmöglich machen.

Mehrere Anwesende heben noch hervor, dafs eine Temperatur von 41° ein Symptom einer fieberhaften Krankheit der Tiere sei und die Verwendung des Impfstoffes ausschliefsen.

Über Mikrophthalmus mit Cystenbildung im obern Lid sprach Purtscher-Klagenfurt in der Sektion für Augenheilkunde. Der Vortragende sah bei einem Kinde, dessen Vater und sechs Geschwister gesund waren, dessen Mutter ein Aderhaut-Kolobom zeigte, neben einem Mikrophthalmus eine Cyste im oberen Lid, die mit der planen und trüben Cornea durch einen Strang in Verbindung stand. Nach Punktion der Cyste atrophierte auch der Bulbus. Der Verfasser nimmt an, dafs die Cyste im engen genetischen Verhältnis zur Bulbusentwickelung steht; sie ist kein Dermoid.

Mitvalsky-Prag schlägt vor diese Cyste als „Primaeraugenblasencyste" zu bezeichnen.

Wintersteiner-Prag weist darauf hin, dafs auch Cysten des oberen Lides vorkommen, die vom Thränensack, der Highmorshöhle, den Ethmoidalhöhlen abstammen.

Über den Druck- und Schmerzsinn spricht M. v. Frey in der Sektion für Physiologie. Der Vertragende beschreibt ein Verfahren, welches erlaubt, den Tastsinn der Haut in Bezug auf seine räumliche Verteilung zu untersuchen und für die empfindlichen Punkte die Reizschwellen zu bestimmen. Unter Anwendung dieses Verfahrens ergeben sich drei Gruppen von Schwellenwerten. Die niedrigsten Werte gelten für die Berührung der Haare, die zweite Gruppe höherer Schwellenwerte für die Berührung der über den Haarbälgen gelegenen Hautpartien. Da in beiden Fällen gleichartige Empfindungen ausgelöst wurden und die beiden Gruppen von Schwellenwerten ohne deutliches Intervall ineinander übergehen, so schliefst der Vortragende, dafs es sich in beiden Fällen um Reizung derselben in der Nachbarschaft der Harbälge gelegenen Organe handelt, welchen für alle behaarten Körperstellen die Funktionen des Tastsinnes zukommen. Die dritte und den Werten nach höchste Gruppe von Reizschwellen gilt für ein System von Punkten, welche sehr dicht und ohne deutliche Beziehung zu den Haaren über die Haut verteilt wird. Die charakteristisch schmerzhafte Empfindung,

welche sie auslösen, sowie die Thatsache, dafs die Schwellenwerte durch ein deutliches Intervall von den niedrigen Werten des Druck- oder Tastsinnes getrennt sind, veranlafsten den Vortragenden, sie als die Organe eines besonderen Schmerzsinnes aufzufassen. Die Schmerzhaftigkeit eines über einen gewissen Intensitätsgrad hinauswachsenden Reizes wäre demnach nicht aus der stärkeren Reizung des Tastnerven, sondern aus der Erregung neuer Nerven und Endorgane, der Organe des Schmerzsinnes, zu erklären.

Über Blutveränderungen bei uratischer Diathese spricht Professor Neusser-Wien in der Sektion für interne Medizin. Den Begriff „uratische Diathese" fafst der Vortragende in rein klinischem Sinne, soweit dieselbe in klinisch wahrer Gestalt, einmal als Podagra, einmal durch harnsaure Blasen- oder Nierensteine, sich kundgiebt. Daneben bezieht Vortragender auch Fälle sogenannter irregulärer Gicht eigener Beobachtung ein, die bald als Muskelrheumatismus, bald als Asthma nervosum, als Hautaffektion, gastrointestinale Störungen, als Zuckerruhr bei wohlgenährten Individuen, als Neuralgien und Formen von Neurasthenie sich darstellen. In allen diesen, vielfach übrigens auch durch genaue Stoffwechseluntersuchungen verifizierten Fällen fanden sich im Blute bei Ehrlichscher Färbung der frisch getrockneten Präparate, und zwar vor allem in den mononukleären, ebenso auch in den polynukleären und selbst in den eosinophilen Leukocyten, rings um den Kern gelagerte, mit der basischen Konponente einer etwas modifizierten Ehrlichschen Triacidmischung intensiv schwarz gefärbte Klümpchen, Tropfen oder Körnchen, bald unmittelbar aus dem Kern ins Protoplasma eindringend, bald diesen rosenkranzartig einsäumend. In diesen Granulationen kann es sich weder um Farbstoffpräcipitate, noch um Artefakta handeln, eine Thatsache, welche teils aus der konstanten Lagerung um den Kern, teils aus dem exclusiven Vorkommen der Granulationen im Blute nur gewisser Patienten erhellt. Auch um Granulationen analog den Mastzellengranulationen kann es sich bei dem von diesen unterschiedlichen Verhalten zu verschiedenen Farbstoffen nicht drehen. Nach dem Mangel an Färbbarkeit mit den echten Kernfarben kann es sich auch nicht um direkte Kernteile handeln, vielmehr wahrscheinlich um chemisch modificierte, in den Protoplasmateil eingedrungene Kernbestandteile, um eine dem Nukleoalbumin verwandte, vielleicht den Globulinen zugehörige Eiweifssubstanz. Bei der uratischen Diathese dürften demnach die Leukocyten abnorm reich an nukleinartigen Substanzen sein und — da nach Horbaczewski bei Zerfall von Nuklein sich Harnsäure bildet — demgemäfs auch abnorm reich an Vorstufen der Harnsäure.

Der vom Vortragenden erhobene Blutbefund scheint zumeist vom diagnostischen Standpunkte interessant. Er scheint auch geeignet, manche bisher nicht erkannte Manifestation einer uratischen Diathese zu klären und unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte zu vereinen. Endlich ist der Blutbefund von besonderem Interesse mit Rücksicht auf eine weitere, vom Vortragenden erhobene Thatsache, nämlich das Fehlen dieser Veränderungen im Blute von reinen initialen und vorgeschrittenen Tuberkulosen, ein Befund der mit dem klinischen schon öfter ausgesprochenen Antagonismus von Gicht und Tuberkulose einerseits übereinstimmt, andererseits mit der Beobachtung, dafs, wenn einmal Tuberkulose bei einem gichtisch veranlagten Individuum auftritt, diese einen besonderen, der fibrösen Umwandlung der tuberkulösen Infiltrate, daher der Heilung zuneigenden Verlauf nimmt. Auch bei Diabetes konnte Vortragender zwei Reihen, die eine mit, die andere ohne uratische Blutveränderungen beobachten, letztere rascher mit terminaler Tuberkulose verlaufend. Die myelogene Leukämie zeigt dieselben uratischen Veränderungen der Leukocyten, während solche in einem Falle von lymphatischer Leukämie fehlten.

Eine weitere Bestätigung der Befunde würde den hämatologischen Gegensatz

zwischen uratischer Diathese und Tuberkulose mit Sicherheit feststellen und folgerichtig der Humoralpathologie der Tuberkulose eine neue Stütze verleiten.

Über Lidrandcysten spricht Wintersteiner-Wien in der Sektion für Augenheilkunde.

Die Lidrandcysten bilden hirsekorn- bis erbsengroße, durchscheinende Bläschen an der vorderen Lidrandlefze und verdanken ihre Entstehung einer Ektasie der Mollschen Drüsen. Je nachdem der secernierende Drüsenschlauch oder der Ausführungsgang cystisch erweitert wurde, besteht die Auskleidung aus einem einschichtigen, kubischen Epithel, auf welches häufig noch eine Reihe von Muskelkernen folgt, oder aus einem ein- bis zweischichtigen Plattenepithel. Die häufige Lage in der Nähe der Thränenpunkte wird verursacht: 1. durch die größere Zahl und die bedeutendere Größe der Drüse an dieser Stelle; 2. durch die Kompression seitens der den Ausführungsgang kreuzenden Fasern des Musculus Riolani, deren Wirkung um so größer ist, je mehr man sich der Insertion nähert; 3. durch die Verstopfung der Drüsenmündungen durch Sekret oder Schmutz.

Der Inhalt der Cysten ist klar, enthält Eiweiß und Kochsalz gelöst, oft zahlreiche Gipskrystalle, die sich hier zum ersten Male in einer Flüssigkeit des lebenden Körpers vorfinden.

Es kommen am Lidrande auch noch andere bläschenartige Gebilde vor, z. B. Ektasien der Meibomschen Drüsen, Pemphigus, Diphtherie, Bläschen traumatischen Ursprungs.

Über Verwachsungen und Verengerungen im Pharynx und im Larynx infolge von Lues spricht Paul Heymann-Berlin in der Sektion für Laryngologie.

Es sind im Rachen wesentlich drei Stellen, an denen solche Verwachsungen vorkommen; dicht hinter den Choanen, am Übergang des Nasenrachenraumes in den Mundrachenraum und dicht über der Epiglottis im unteren Schlundraume. Die Verwachsungen, welche das Endresultat gummöser Geschwüre sind, sind fast cirkulär angeordnet. Im Kehlkopfe handelt es sich meistens um membranoide Verwachsungen der wahren und falschen Stimmbänder, doch kommen auch Verwachsungen, Knorpelverziehungen etc. vor.

Es ist häufig nicht möglich, dem geschwürigen Prozesse Einhalt zu thun, und bleibt nur übrig, die völlige Vernarbung abzuwarten und dann die chirurgische Behandlung der Stenose eintreten zu lassen, bei welcher sich die allmähliche Dilatation als die für die Mehrzahl der Fälle geeigneteste erwiesen hat. Bemerkenswert ist das relativ häufige Vorkommen solcher Verwachsungen bei der hereditären Form der Lues.

In der Diskussion berichtet Professor Pieniaczek, daß er einmal die Epiglottis abgetragen habe, als dieselbe durch Narben nach rückwärts und unten gezogen war, und Stenose des Larynx bewirkte.

Thost fragt, ob in den Fällen sogenannter hereditärer Syphilis die Heredität sicher nachgewiesen sei. Heymann erwidert, daß stets sorgsam auf andere Zeichen hereditärer Lues gefahndet wurde und diese Bemühungen fast stets von Erfolg waren.

Über die Epithelfaserung der Haut spricht Beneke-Braunschweig in der Sektion für Anatomie. Mit der von Kromayer und dem Vortragenden gleichzeitig angewandten Modifikation der Weigertschen Fibrinfärbung gelingt es, die Epithelfibrillen (Stachelfasern) des Plattenepithels deutlich zu färben. Dieselben erweisen sich nach der Ansicht des Vortragenden nicht als Protoplasmafasern, wie Kromayer meint, sondern als kutikulare, membranartige Bildung. Hierfür sprechen die Konturfärbungen der jüngsten und ältesten Zellen; die in den mittleren Zelllagen scheinbar das Protoplasma darstellenden dichten Fibrillenzüge erklären sich als kutikular, wenn man die Abgrenzung des Protoplasmas nicht an den gewöhnlich so aufgefaßten Kon-

turen annimmt, sondern in der nächsten Umgebung des Kerns. Thatsächlich haben die fibrillenbildenden Epithelzellen nur ganz minimale Protoplasmamengen. Die protoplasmareichen Zellen, welche keine peripheren Fibrillen haben, finden sich auch nie intracellulär. Vielleicht sind die Fasern doch auch von minimalen flüssigen Protoplasmafäden durchzogen; die Methode läfst freilich etwas Derartiges nicht erkennen, doch spricht dafür die Analogie mit den gleichen Bildungen der Glia- und Bindegewebsfasern, sowie die Möglichkeit des Wachsens und Schwindens der Fibrillen. Durch langes Ausziehen der Fäden entstehen die Herxheimerschen Spiralen. Mit Bindegewebsfibrillen wurde bisweilen eine direkte Verbindung der Epithelhaftfasern nachgewiesen. Bei Atrophie der Haut schwinden die Fasern nicht immer, doch giebt es Zellenarten der Haut, welche keine Fibrillen bilden; hiermit stimmt überein, dafs die Carcinome fibrilläre und nicht-fibrilläre Strukturen zeigen (Unna). Bei Nekrose, Entzündung etc. verhalten sich die Fasern passiv, nicht wie Protoplasma; auch tote Zellen geben die Färbung.

Diskussion.

Kromayer-Halle differiert von Beneke wesentlich in der Auffassung des Verlaufes der Epilhelfasern. Beneke läfst sie in der Zellmembran verlaufen, also peripher, während er nach seinen Bildern sie als echte Protoplasmafasern auffassen müsse, die das gesamte Protoplasma durchsetzen und besonders dicht den Kern umspinnen. Er bitte, die vorgelegten Präparate zu betrachten, die für seine Auffassung beweisend seien. Für dieselbe spreche auch das Verhalten der Fasern zum Keratohyalin; in den oberen Schichten gehen, wie die Präparate deutlich zeigen, die Fasern allmählich in das Keratohyalin über. Sehr erfreulich sei es, dafs Beneke die sogenannten Herxheimerschen Fasern als protoplasmatische anerkennt, was andere Autoren nicht thun. Betreffend die von ihm als Haftfasern bezeichneten Gebilde, so schicken die Cylinderzellen nicht immer dieselben in gewunden paralleler Richtung senkrecht zur Cutis ab, sondern häufig strahlen dieselben seitwärts aus; häufig liegt, wo die Druckverhältnisse durch verschiedenes Wachstum abnorm sind, die Cylinderzelle platt auf dem Bindegewebe und schickt ihre Fasern zu allen Seiten in die Epidermis hinein.

Prof. Lubarsch hebt hervor, dafs man bei Anwendung der Altmannschen Methode zur Darstellung der Zellgranula, welche die Epithelfasern ebenfalls sehr gut zeigt, häufig dicht bis an den Kern heran zwischen den Fasern kleine Körnchen nachweisen kann. Ferner weist er auf Veränderungen der Epithelfasern hin, welche man hauptsächlich bei Anwendung der nicht abgeschwächten Weigertschen Entfärbung findet, so bei manchen Hyperkeratosen, bei Papillomen, auch bei Epitheldegenerationen; die Epithelfasern sind da sehr dick. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Aufquellung der Fasern, so dafs sie die Farbstoffe schwer abgeben. Unter den Hautcarcinomen kann man solche unterscheiden, die schönste Faserung zeigen, und solche, bei denen mit keiner Methode Fasern nachgewiesen werden können. Diese anaplastischen Carcinome scheinen vorwiegend von den Cylinderepithelien auszugehen; sie sind aber gerade in Bezug auf die Kernteilung oft sehr wenig anaplastisch.

Erfahrungen über den Wert der meist gebrauchten Proben für den Nachweis von Zucker im Harn lautet das Thema von Adolf Jolles-Wien in der Sektion für Pharmacie. Der Zucker ist kein normaler Bestandteil des Urins; nur bei Verarbeitung von sehr grofsen Mengen des letzteren gelingt der Nachweis von Zuckerspuren. Aus einem hohen spezifischen Gewicht läfst sich ein Schlufs auf Vorhandensein von Zucker nicht ziehen, da hochgestellte Harne mit einem spez. Gewicht von 1028—1032 ohne jeden Zuckergehalt vorkommen. Geringe Zuckermengen beeinflussen das spez. Gewicht nur wenig. Mittelst Trommerscher und Worm-Müllerscher Probe lassen sich geringe Zuckermengen bis zu 0,08% nachweisen, meist sind aber die

Resultate so vieldeutig, dafs sogar Zuckermengen bis 0,24% vorgetäuscht werden können. Die Nylandersche Probe ist bei Zuckermengen unter 0,3% unsicher.

Die Vergleichbestimmung mittelst des Polarisationsapparates und der quantitativen Bestimmung nach Fehling-Wendriner ergaben bei 200 zuckerhaltigen Harnen nur in 46 Fällen Übereinstimmung. Neben den optisch aktiven Harnbestandteilen, welche das Ergebnis der polarimetrischen Methoden beeinflussen, kommt auch den im Harne ausgeschiedenen Arzneistoffen ein störender Einfluſs zu. Die Empfindlichkeitsgrenze der Gärungsprobe liegt bei 0,1%, unter 0,1% ist dieselbe nicht mehr ausreichend. In zweifelhaften Fällen giebt die Phenylhydracinprobe einen sicheren Anhalt. Die Angabe von Geyer, dafs dieselbe auch im normalen Harn krystallinische Niederschläge gebe, ist unrichtig. Die Glykosazonkrystalle sind von den Glycerinsäurekrystallen mikroskopisch abzugrenzen. Bei der Ausführung der Probe empfiehlt der Vortragende das Reagenzglas im Wasserbade eine Stunde kochen, dann langsam abkühlen und 12 bis 24 Stunden stehen zu lassen.

Die G. Hoppe-Seylersche Probe mit α-Nitrophenylpropiolsäure, welche auf Bildung von Indigo beruht, ist zum Nachweis der Glykosurie als alleinige Probe nicht zulässig. Ihre Empfindlichkeitsgrenze liegt bei 0,4%.

Über Einteilung und Prophylaxe der von Veränderungen des weiblichen Genitale abhängigen Formen von Cystitis spricht O. Zuckerkandl-Wien in der Sektion für Geburtshülfe und Gynäkologie. In der Voraussetzung, dafs die einfache Einbringung pathogener Keime in die Blase nicht genügt, Entzündungen hervorzurufen, sondern irgend ein abnormer Zustand der Blasenwand vorhanden sein muſs, unterscheidet Verfasser beim Weibe:

1. Cystitis ex hyperaemia vesicae; hierher zählen Cystitiden bei Gravidität und entzündlichen Prozessen an Uterus und Adnexen.
2. Cystitis ex insufficientia vesicae:
   a) bei Dislokationen der Blase,
   b) bei Retentio urinae post partum,
   c) bei Insufficienz der Blase alter Weiber.
3. Traumatische Formen von Cystitiden.

Da nach Verfasser die Urethra der Sitz der pathogenen Keime ist, soll nach Katheterisierung in gewissen, näher bezeichneten Fällen eine 2%ige Lapislösung in die Blase instilliert werden.

In der Diskussion weist Mackenrodt-Berlin hin auf die Cystitiden infolge der Verziehungen der Blase bei Peritonitis pelvis; dieses führe zu Kryptenbildung und Stagnation.

Über die Physiologie der Samenbläschen sprach A. Lode-Wien in der Sektion für Physiologie. Der Streit, ob die Samenbläschen Aufbewahrungsorgane für den Samen oder selbständig funktionierende Drüsen seien, ist seit Vesalius zu keiner definitiven Lösung gelangt. Die angestrebten Beweise, aus der histologischen Beschaffenheit Schlüsse auf die physiologische Funktion zu ziehen, entbehren der physiologischen Exaktheit. Der Vortragende hat auf Grund zahlreicher Experimente die alleinig sekretorische Funktion der Samenblasen, wenigstens für das Meerschweinchen, nachzuweisen versucht. Er ermittelte zunächst die makroskopischen und mikroskopischen Befunde bei doppelseitig kastrierten Tieren. Vergleichende Studien beim Pferde, beim Rinde, Schwein und Meerschweinchen ergaben, dafs die nach der Kastration eintretende Veränderung den Charakter einer höchst auffallenden und unverkennbaren Atrophie besäſsen.

Wenn die Samenblasen nun wirkliche Aufbewahrungsstätten für das Sperma wären, müſsten sie nach einseitiger Kastration auch einer gleichnamigen Atrophie analog der nach doppelseitiger Kastration verfallen. Experimentelle Studien bewiesen aber die

völlig symmetrische Ausbildung beider Samenblasen, sowie auch mikroskopisch das jegliche Fehlen einer auch nur beginnenden Atrophie.

Über einen Fall von subperiostalem Hämatom (Barlowsche Krankheit) berichtet Livius Fürst-Berlin in der Sektion für Kinderheilkunde. Das betreffende Kind, welches dem Leiden erlag, zeigte keine Stomatitis, keine Rhachitis, sondern nur den Bluterguſs um die Diaphyse des Femurs mit Epiphysenlösung. Das Leiden war vor Barlow schon Möller und anderen bekannt, Barlow hat es aber zuerst näher beschrieben. Rhachitis haemorrhagica würde den Prozeſs genauer bezeichnen, der eine skorbutähnliche hämorrhagische Diathese darstellt.

Diskussion.

Prof. Kassowitz hat nie etwas gesehen, was als akute Rhathitis oder als Barlowsche Krankheit zu bezeichnen wäre.

Falkenheim - Königsberg i. Pr. sah ein 11 Monate altes Kind mit Barlowscher Krankheit; es bestanden Zahnfleischveränderungen, subperiostale Blutergüsse mit weit ausgedehnten Suffusionen, Bewegungsstörungen etc. Das Kind wurde künstlich ernährt. Nennenswerte Rhachitis bestand nicht und trat auch später nicht hervor. Die Heilung erfolgte schnell, als das Kind möglichst viel ins Freie gebracht wurde, Apfelsinensaft erhielt; die Ernährung blieb dieselbe.

Über akutes und chronisches Ödem bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie sprach Prof. H. Higier - Warschau in der Sektion für Psychiatrie und Neurologie. An der Hand von acht selbst beobachteten Fällen bespricht der Vortragende das Bild „des akuten, circumskripten Hautödems (Quincke)“ und der differentialdiagnostisch interessanten Gruppe des „hysterischen Ödems (Sydenham)“. Eine kurze Auseinandersetzung über Ätiologie und Pathologie der Angioneurosen beschlieſst den Vortrag.

In der Diskussion macht Schlesinger auf die Möglichkeit der Erzeugung des hysterischen Ödems durch Simulation aufmerksam und belegt das mit einem Beispiele.

Wenn das Thema auch nicht direkt von spezialistischem Interesse ist, so glaube ich doch, die Verhandlungen über die **Serumtherapie der Diphtheritis**, welche die Pièce de résistence der ganzen Naturforscherversammlung war, nicht übergehen zu können. Sie erregten groſses Aufsehen.

Prof. Behring-Halle sprach in der Sektion für Hygiene nach einer historischen Schilderung der Blutserumtherapie und der wissenschaftlichen Thatsachen, welche ihr zu Grunde liegen, über die praktischen Konsequenzen, welche voraussichtlich der Entdeckung des Diphtherieserums zukommen werden. Er begründet durch Zahlen, welche der bisher vorliegenden Behandlungsstatistik mit Heilserum entnommen sind, daſs die Mortalität bis auf 10% der jetzigen Sterbefälle herabzudrücken ist, wenn die Behandlung innerhalb der ersten drei Tage der Erkrankung beginnt, und daſs in Vereinigung mit einer schützenden Vorbehandlung sehr viele Menschenleben der Familie und dem Staate erhalten werden können. Nach dem bisherigen Gange würden auf einem Ländergebiete mit einer Bevölkerungszahl, wie die von Deutschland und Österreich zusammen, in zehn Jahren zwei Millionen sterben. Es muſs ohne Einschränkung gesagt werden, daſs wir es in der Hand haben, die Diphtherie zu einer ebenso ungefährlichen Krankheit zu machen, wie sie die Pocken da geworden sind, wo die Impfung eingeführt ist. Der Redner richtet an Kliniker und Ärzte einen Appell zu vorurteilsfreier Prüfung des Heilserums.

Prof. Ehrlich spricht über die zuletzt erreichten Resultate bei Behandlung mit genügend groſsen Dosen. Von 82 Fällen starben 12, von 84 Fällen 7, entsprechend einer Mortalität von 8, resp. 4%. Vier von diesen boten eine absolut infauste Prognose

(schwere Sepsis, Organdegeneration), so dafs nur bei drei Kindern unter 79 das Heilmittel versagte. Frische Fälle des ersten und zweiten Tages können fast ohne Ausnahme durch das Serum geheilt werden; sehr häufig in Form einer kritischen Heilung.

Wassermann-Berlin: Eine sehr grofse Zahl von Individuen, die klinisch nie an Diphtherie gelitten, zeigt in ihrem Serum ausgesprochene Diphtheriegift zerstörende Eigenschaften. Die Häufigkeit des Serums nimmt mit steigendem Alter zu. Es erklärt das die Seltenheit der Diphtherie in höherem Alter, resp. deren leichten Verlauf, ferner das Vorkommen von Diphtheriebacillen bei scheinbar Gesunden. Man kann durch Blutuntersuchung feststellen, ob ein Individuum diphtherieempfänglich ist.

Sanitätsrat Boer-Berlin berichtet über Diphtherie-Heilungsversuche bei Tieren. Es gelang, mit dem Serum III der Höchster Fabrik noch schwer inficierte Tiere zu retten, bei denen das Scheringsche Präparat versagte.

Prof. Buywid-Krakau betont, dafs Pasteur schon 1886 bewiesen, dafs es sich bei Tollwutimpfungen um eine quantitative und nicht um eine qualitative Wirkung handelt.

Aronson-Berlin berichtet über Heilresultate mit dem von ihm bereiteten Serum. Von 255 behandelten Fällen starben 31 = 12,1%. Ein Serum von starker Wirksamkeit wurde gewonnen durch Benutzung von Pferden und die Anwendung sehr giftiger Kulturen, wie sie nur seine Oberflächenkulturen erzielen.

Prof. Escherich bemerkt im Anschlufs an die Ausführungen von Wassermann, dafs die Virulenz der Bacillen nicht parallel geht der Schwere des Falles und dem Fortschreiten der Heilung. Gemeinsam mit Prof. Klemensiwicz hat er im Blute der von Diphtherie geheilten Kinder einen Schutzkörper nachgewiesen.

An diese Blumenlese aus dem in den Sitzungen der verschiedenen Sektionen gebotenen reichlichen, wissenschaftlichen Material wären noch einige Worte, betreffend die

Ausstellung

anzuschliefsen. Ich kann mich da kurz fassen, nicht etwa, weil dieselbe wenig Interessantes geboten hätte, sondern weil die Ausstellungsgegenstände, welche die gröfste Aufmerksamkeit verdienten, Gebiete betreffen, welche in dem Rahmen dieses Blattes nicht besprochen werden können. Die Ausstellung zerfiel in drei Hauptabteilungen:

1. eine allgemeine naturwissenschaftlich-medizinische Ausstellung, welche die Fortschritte der neuesten Zeit darlegen sollte;

2. eine historische Ausstellung;

3. eine typische Lehrmittelsammlung, wie sie für den naturwissenschaftlichen Unterricht an den österreichischen Mittelschulen verwendet wird.

Die beiden letzten Abteilungen drückten der Ausstellung den Stempel der Originalität auf; leider erlaubte es die starke Inanspruchnahme durch Sitzungen etc. nicht, sie gründlich zu studieren. In der ersten Abteilung war alles eigentlich Medizinische zu finden, Instrumente und Apparate, Chemikalien neueren und neuesten Datums. Viel betrachtet waren die Henningschen Moulagen, die ja schon in Breslau berechtigtes Aufsehen erregt haben.

Die ganze Ausstellung war in der Universität untergebracht, diesem herrlichen, grofsartigen Bau, wie ihn wohl keine Universitätsstadt der Welt besitzt. Dieselbe bewährte sich als Mittelpunkt des Kongressse ausgezeichnet. Die Bureau-, Konversations-, Leseräume waren sehr geeignet, leicht zugänglich und so gut eingerichtet, dafs jedes Drängen vermieden werden konnte, man die verschiedenen Karten etc. leicht und ohne Kampf erhielt. Nicht auf allen Kongressen hat man in dieser Richtung das gleiche Geschick bewiesen.

Es trägt ein derartiges, geeignetes Arrangement der Bureauräume entschieden viel zu dem Behagen der Kongrefsbesucher bei. Sehr gut und bequem war auch das in der Universität eingerichtete Postamt. Ein Schmerzenskind mancher Naturforscherversammlungen war das Tageblatt, dessen pünktliches Erscheinen und Inhalt, an anderen Stellen oft viel zu wünschen übrig liefs. Das war in Wien durchaus nicht der Fall. Die Redaktion hat ihre Aufgabe mit grofsem Geschick gelöst. Alles, was man nur wünschen konnte, brachte das Tageblatt in übersichtlicher Form. Sogar Referate aus den Sitzungen der einzelnen Sektionen mit kurzer Wiedergabe des Inhalts der Vorträge und der Diskussionen waren stets tags darauf im Tageblatt zu lesen, wodurch man ein klares Bild über die Thätigkeit der Versammlung in allen ihren Teilen erhielt. Man kann deshalb nur der Redaktion und den Schriftführern der verschiedenen Sektionen die gröfste Anerkennung zollen.

Und nun kommen wir zum Schlufs zum „Zerstreuungsprogramm". Soll dasselbe die Aufgabe lösen, erstens: alle Teilnehmer in ihren freien Stunden zu unterhalten, zweitens: das persönliche Nähertreten der Fachgenossen und Nicht-Fachgenossen zu erleichtern, dann mufs dasselbe eigentlich ein „Vereinigungsprogramm" sein. Das ist nun um so schwieriger, je gröfser die Stadt. In einer Stadt wie Wien ist es schwer, alle um eine Fahne zu scharen; den einen führen seine Interessen dahin, den anderen dorthin. Der eine sucht alte Freunde auf, verbringt die freie Zeit in engem Kreise, der andere erquickt sich an den hervorragenden Genüssen, welche die Theater bieten, und nur ein Teil geht dahin, wo die officielle Tagesordnung ihn führt. Was die wissenschaftliche Ausbeute betrifft, stehen die Naturforscherversammlungen in den sehr grofsen Städten oder gar in den Weltstädten für den Mediziner sicher allen voran, aber für die persönliche Annäherung — ein der wissenschaftlichen Bereicherung bei solchen Gelegenheiten sicher ebenbürtiger Faktor — ist das Tagen in einer weniger grofsen Stadt entschieden viel günstiger.

Die Veranstaltungen der Geschäftsleitung litten leider sehr unter der Ungunst der Witterung; die Ausflüge nach dem Prater, nach dem Kahlenberg, das Fest im Tiergarten kamen deshalb nicht voll zur Geltung. Es

wäre sehr ratsam, die Versammlungen früher, vielleicht anfangs August, abzuhalten, damit man sich mehr auf das Wetter verlassen kann.

Glänzend gestaltete sich der Empfang im Rathause, dessen grofsartiger Saal mit dem schönen Blick auf den berechtigten Stolz der Wiener, den Ring, alle Teilnehmer in vergnügtester Stimmung einige Stunden vereinte. Die Bewirtung war eine äufserst gastliche, die Arrangements recht gut getroffen, so dafs der nicht immer sehr erquickliche Sturm auf die Buffets unterbleiben konnte.

Am Abend desselben Tages folgten die Naturforscher und Ärzte einer Einladung nach der Burg. Es ist bemerkenswert, dafs wohl alle eingeschriebenen Teilnehmer zum Empfang bei Hofe durch persönliche Einladungen aufgefordert waren. In anderen Ländern pflegt man sich bei solcher Gelegenheit damit zu begnügen, einige hervorragende Männer für den Empfang auszusuchen, gewissermafsen nur die Offiziere der Naturforscherarmee einzuladen. Der grofse, tageshell beleuchtete Redoutensaal der alten Hofburg war am Abend gefüllt mit Teilnehmern, von denen ein Teil mit Orden wie besät waren, ein Teil einen vereinsamten Orden, ein Teil nur das schlichte Abzeichen der Versammlung zur Schau trug. Der Erzherzog liefs sich eine grofse Zahl von Mitgliedern vorstellen und weilte zwei Stunden in lebhaftestem Gespräche unter denselben, während die Naturforscher sich an den gereichten Süfsigkeiten zu erfrischen versuchten. Der Empfang bei Hofe war jedenfalls einer der Hauptpunkte des Festes; das durch denselben bethätigte Interesse für die Naturwissenschaft ehrt das Herrscherhaus des gastlichen Oesterreichs.

Über das offizielle Diner kann ich nichts berichten, die Teilnahme wird wohl keine sehr grofse gewesen sein; dazu war für die Norddeutschen schon der Preis von zehn Gulden etwas zu ungewöhnlich.

Von dem „Zerstreuungsprogramm“ der Sektion ist wenig zu berichten. Von den privaten Einladungen abgesehen, war an einem Abend ein gemütliches Beisammensein im Riedhof arrangiert, zu dem allerdings nur ein Teil erschienen war. Man verbrachte da einige Stunden in anregender Unterhaltung.

Ich beschliefse den Bericht mit dem Wunsche, dafs die Sektion „Dermatologie“ auf den Naturforscherversammlungen stets gut vertreten sein möge und dort Gelegenheit suche und finde zu bethätigen, dafs sie fest auf dem Boden der gesamten Medizin, ja der gesamten Naturforschung stehe.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1894. Heft 7.

Über die UNNAsche Dermatose (Eccema seborrhoicum), von CH. AUDRY. In dieser umfangreichen Abhandlung giebt der Verfasser eine kritische Darstellung des Eccema seborrhoicum, wie es von UNNA aufgefaſst wird. Er anerkennt die Berechtigung, den von UNNA geschilderten Symptomenkomplex zu einer neuen Krankheitsart zusammenzufassen und macht nur hier und da Erweiterungen oder Einschränkungen. Das Wesentlichste des neuen Genus besteht in einer Hypertrophie des Epitheliums, namentlich des Rete Malpighii. Das Ekzem ist erst sekundärer Natur und wahrscheinlich ein Erzeugnis der Morokokken. Er schlägt daher vor, die eigentliche Dermatitis als Dermatosis Unna zu bezeichnen und überall, wo sie mit Ekzem verbunden ist, ihr den Namen Eccema seborrhoicum beizulegen.

Türkheim-Hamburg.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1894. Heft 7.

Über die Krätze und ihre Nebenerscheinungen, von H. LELOIR. Die umfangreiche Arbeit liefert eine ausführliche Beschreibung aller Symptome der Krätze und ihrer Folgezustände.

Das nächtliche Jucken wird darauf zurückgeführt, daſs der Acarus scabiei des Nachts eine lebhaftere Thätigkeit als bei Tage entwickelt. Auſser diesem Jucken und dem papulösen Ausschlag, die unmittelbar durch die Thätigkeit des Parasiten hervorgerufen werden, kann die Scabies auch noch Nebenwirkungen im Gefolge haben, die als Dermatoneurosis parascabiosa, als Dermitis parascabiosa und als Pyodermitis parascabiosa bezeichnet werden. Diese Dermatosen sind im stande, das Krankheitsbild zu verschleiern und zu diagnostischen Irrtümern Anlaſs zu geben. Nach Beseitigung der Krätze verschwinden sie meistens sehr bald bei geeigneter Behandlung. In einzelnen Fällen erweisen sie sich aber als sehr hartnäckige Hautkrankheiten.

Manchmal macht die Krätze nur geringe subjektive und objektive Symptome und kann jahrelang verkannt werden. Der Parasit ist im allgemeinen leicht zu beseitigen. Nur in Norwegen und einigen anderen Ländern scheint er eine zähere Natur zu besitzen; dort hat L. Leute getroffen, die zeitlebens mit der Krätze behaftet waren. Auch die Tierkrätze wird häufig auf den Menschen übertragen, jedoch ist es noch nie gelungen, den tierischen Parasiten in der menschlichen Haut nachzuweisen.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

No. 8. August 1894.

I. **Über den Rückfluſs des Blaseninhalts in die Harnleiter**, von D. COURTADE und J. F. GUYON. Im allgemeinen nimmt man an, daſs der Inhalt der Blase nicht in die Harnleiter zurückflieſsen könne, selbst wenn seinem Abfluſs ein Hindernis in der Harnröhre sich entgegenstellt. LEWIN und GOLDSCHMIDT haben jedoch diese Annahme widerlegt und durch Tierversuche die Möglichkeit eines Rückflusses dargethan. Sie fanden bereits, daſs der Tonus der Blasenwand die Hauptrolle dabei

spiele. Die beiden französischen Autoren haben nun durch zahlreiche Versuche an Kaninchen und Hunden die Frage zu kontrollieren unternommen und bestätigen einerseits die Richtigkeit der von Lewin und Goldschmidt gefundenen Thatsachen, andererseits geben sie genaue Einzelheiten bekannt. Schliefslich heben sie folgendes hervor: Mit Rücksicht auf die Analogie, die sich zwischen der menschlichen Blase und der des Hundes in der Struktur äufsert, kann man annehmen, dafs auch in der menschlichen Blase ein Rückflufs nicht unmöglich ist. Nur müssen die Bedingungen identisch sein mit denen, welche man beim Versuch am Hunde feststellt. Sobald der Tonus der Blase in brüsker Weise unter dem Einflusse einer Einspritzung ins Spiel tritt, kann der menschliche Ureter gewissermafsen überwältigt werden, wahrscheinlich erfolgt dies aber nicht bei Urinverhaltungen, sobald sich die Blase spontan über ihren Inhalt zusammenzieht, welche Quantität auch immer dieser besitze. Vorausgesetzt wird hierbei, dafs der Harnleiter innerhalb seines Verlaufes in der Blasenwandung keine anatomischen Veränderungen erfahren habe.

II. **Behandlung der Harnröhrendefekte durch Transplantation von Schleimhaut**, von Sapiejko. Mitteilung auf dem Kongrefs zu Rom. Nach zahlreichen eigenen Vorversuchen und angeregt durch die Arbeiten Wölflers ist Verfasser daran gegangen, zur Heilung von ausgedehnten Substanzverlusten in der Harnröhre Schleimhautlappen zu überpflanzen. Der Erfolg war in den drei mitgeteilten Fällen bezüglich endgültiger Heilung und Funktionierung ein glänzender. In den beiden ersten Fällen (Strikturen, Fisteln, Verlust der Harnröhrenschleimhaut) waren Defekte von 7 resp. 4 cm zu decken. Dies gelang durch Transplantation von gleich grofsen Schleimhautlappen von der Unterlippe der betreffenden Person, eine weite, leicht durchgängige Harnröhre wurde erzielt. Der dritte Fall betraf einen Patienten, welcher durch einen phagedänischen Schanker von 18 Monaten (!) Dauer die Haut des Gliedes von der Eichel bis zum Hodensack eingebüfst hatte, ebenso fehlte in gleicher Ausdehnung die Harnröhre. Ein gestielter Hautlappen von der Skrotalgegend, verstärkt durch einen Schleimhautlappen von der Oberlippe, sollte den Defekt ersetzen. Die Unruhe des Kranken störte die Heilung, so dafs eine Wiederholung der Operation nötig wurde; aber schliefslich gelangte diese zum vollkommenen Ziele. Eine dicke Sonde (Béniqué 60) konnte in den neuen Kanal geführt werden. Was die Ausführung des operativen Vorgehens betrifft, so sind nach Verfasser die allgemeinen Regeln der Plastik wohl zu beachten, sowie folgende Punkte: a) der Schleimhautlappen sei von genügender Gröfse, b) zu dicke Lappen schwächen das Resultat, c) am besten ist es, die Lappen auf eine frische Wunde zu verpflanzen, d) wenn einmal der Lappen nicht völlig die Unterbrechung der Kontinuität deckt, darf man auf sein Wachstum der Breite nach nicht hoffen, der Rest der Wunde wird sich durch Vernarbung schliefsen. Von ganz besonderer Bedeutung ist es endlich, dafs der Patient nach der Transplantation sich absolut ruhig verhalte, bis jeder Teil des Lappens in völligem Kontakt mit dem neuen Boden sich befindet.

III. **Fremdkörper der Blase**, von Legueu. In einer Sitzung der Société anatomique war ein Blasenstein gezeigt worden, der sich rings um ein Bruchstück eines Thermometers gebildet hatte. Legueu demonstrierte eben daselbst einen nicht weniger seltsamen Fremdkörper der Blase, der ebenfalls Steinbildung hervorgerufen hatte. Es handelt sich um eine Stopfnadel von 8 cm Länge mit sehr scharfer Spitze; sie war zwei Jahre in der Blase verblieben und hatte die Bildung eines grofsen Steins zur Folge, der sich um die Nadel wie um eine Axe entwickelte. Der Träger dieses Fremdkörpers war ein Seemann, der sich vor zwei Jahren die Nadel in die Harnröhre eingeführt hatte.

Bei der Untersuchung des Kranken ergab sich eine auffallende Eigentümlichkeit.

Der zuerst behandelnde Arzt diagnostizierte einen Stein, kam aber nicht dazu, ihn zu fühlen. In der Guyonschen Klinik bekam man mittelst der elastischen Knopfsonde sehr deutlich das Gefühl eines Steins, aber nicht mit der Metallsonde. Erst als Professor Guyon bei der zweiten Untersuchung mit dem Metallinstrument dessen Griff stark senkte, gelang es ihm, in der Höhe der Blase einen ziemlich dicken Stein zu fühlen. Da man bei wiederholten Versuchen den Stein immer am gleichen Punkt des Blasenscheitels fühlte, vermutete man eine Anomalie, dachte an einen Fremdkörper. Es wurde daher für den Fall, dafs die Lithotripsie nicht möglich sei, zur Sectio alta die Vorbereitung getroffen. Wirklich ward diese nötig, da der Stein durch den Lithotriptor nicht frei gemacht werden konnte. Die Nadel lag quer in der Blase, hatte sich in die Blasenwand eingebohrt; die Spitze hatte die Wand perforiert und eine enorme Pericystitis mit bedeutender Verdickung der Blasenwandungen verursacht. Um die Nadel herum hatte sich der Stein gebildet, der dadurch, dafs dieselbe als Achse in der Blasenwand stack, in der Höhe der Blase erhalten wurde. Patient wurde geheilt.

IV. **Ein tragbarer Apparat für Sterilisation von Sonden mittelst Wasserdampf**, von Duchatelet. Der sehr kompendiöse, von M. Aubry in Paris fabricierte Apparat soll nur eine oder einige Sonden eines Patienten schnell und sicher sterilisieren. Er stellt im wesentlichen eine zweischalige Blechbüchse dar, von 40 cm Länge, 8 cm Breite und Höhe. Mittelst zweier Träger, die auch mit zum Verschlufs der Büchse dienen, können die beiden Schalen übereinander gestellt werden, in die untere kommt etwas Spiritus, in die obere Wasser, welches erhitzt wird. In der oberen Schale ist in einer Drahtfeder die zu sterilisierende Sonde sicher aufbewahrt. Diese wird durch den schnell entwickelten Wasserdampf sterilisiert. Gieſst man die Flüssigkeiten nach der Sterilisation weg und schliefst die Büchse, so hat man eine sterilisierte Sonde in sterilen Räumen zum Gebrauche stets bereit.

Neuhaus-München.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1894. Heft 1.

Über Ataxia syphilitica (Ataxie tabétique locomotrice), von Gamberini. Verfasser zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse:

1. Die wahre Ataxie (tabes locomotrice) bildet eine scharf charakterisierte Affektion, die sich von ähnlichen genau unterscheidet, so von gewissen cerebrospinalen Störungen bei Syphilis.

2. Die Syphilis kann sich zur Tabes hinzugesellen, vermag aber als solche niemals letztere zu erzeugen.

3. Während eine Jod-Quecksilberkur die ataktischen Erscheinungen der Syphilis günstig beeinflufst, vermag sie beim Syphilitiker nichts gegen die echte Ataxie.

4. Die Ataxie kann Syphilitische befallen, wie sich zu jener Tuberkulose und andere Dyskrasien gesellen können.

5. Wie jede andere Ursache, welche die Widerstandskraft des Organismus abschwächt, kann die Syphilis die Entwickelung der Ataxie begünstigen, ohne dafs behauptet werden darf, dafs erstere die direkte Ursache von letzterer sei. Die Behandlung mufs in diesem kombinierten Falle stets eine doppelte sein.

Über die Umbildung der Naevi in maligne Tumoren, von Respighi. Unter Zugrundelegung des histologischen Befundes zahlreicher Präparate teilt Verfasser die Naevi in folgender Weise ein:

I. Naevi des bindegewebigen Typus:
   a) einfache Pigmentnaevi, Naevi verrucosi molles } behaart oder unbehaart,
      Lentigines, Epheliden, Xanthoma, Verruca senilis (?),
   b) Naevi fibromatosi: Fibroma molluscum,
   c) Naevi vasculares: Hämatangiome, Lymphangiome,
   d) gemischte Naevi des bindegewebigen Typus (verrucoso-vasculares).

II. Naevi des epithelialen Typus:
   a) viele Keratome, besonders das Angiokeratom,
      Keratosis pilofollicularis,
      Keratom der Schweifsdrüsenausführungsgänge,
      Keratoma palmare hereditarium,
   b) epitheliale Cystadenome.

III. Naevi mit Vermischung beider Typen:
   z. B.: Naevi verrucoso-cornei.

Obgleich sich nun die meisten Naevi (ausgenommen die reinen Naevi vasculares) in maligne Tumoren umwandeln können, ist ihre Entfernung (mittelst Bistouri) nur dann indiciert, wenn der maligne Charakter bereits von Anfang an vermutet werden kann.

Erfordern lokale Verhältnisse auch die Entfernung von Naevi vasculosi, so hat dies mittelst Skarifikation, Elektrolyse, Injektion koagulierender Flüssigkeiten, Ligatur der gröfseren zuführenden Gefäfse zu geschehen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Aus Berichten von Oehrn und Sederholm über das Vorkommen der **Lepra in Schweden** geht hervor, dafs die Seuche, nachdem sie in Helsingland bis 1864, d. h. zu einer Zeit, wo die Isolierung der Leprösen noch nicht durchgeführt wurde, im Steigen begriffen war, seit 1874 wieder abnimmt, so dafs 1893 nur noch 53 Fälle angezeigt wurden (gegenüber 122 von 1874). In den übrigen Teilen Schwedens ist die Lepra keineswegs erloschen, und können heute noch Dalarne, Värmland und Bohuslän als Lepraherde betrachtet werden, während die Krankheit in Vesternorrland, Medelpad, Jämtland, Ångermanland, Gotland und Öland in starkem Abnehmen begriffen ist, die Gesamtzahl der Leprafälle im Decennium 1883—92 in diesen Provinzen 93 betrug (soweit wenigstens die Anzeigen reichen). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mitteilungen über die Lepra in Schweden und Norwegen, von Arnold Loband. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 26.) Der Verfasser hat während fünf Wochen Schweden und Norwegen bereist, um die Verbreitung der Lepra zu studieren. Er glaubt, dafs die Anzahl der Leprafälle doch viel gröfser ist, als man anzunehmen pflegt. 238 Fälle hat er auf der Reise gesehen, von denen er einzelne besonders hervorhebt. — Es giebt in Schweden kein Gesetz zur Isolierung der Leprösen, die Kranken ziehen frei umher, es ist deshalb eine Abnahme der Lepra dort kaum zu erwarten. — In den Protokollen des Lepra-Krankenhauses zu Jerfsö fand er inter-

essante Fälle von mehr oder weniger grofser Gewifsheit angenommener Übertragung der Lepra; sie seien kurz citiert:

Ein Soldat kauft von einem mit exulcerierten Lepraknoten am Unterschenkel behafteten Individuum ein Paar Hosen und bekommt Lepra, und zwar an derselben Stelle.

Ein lepröser Mann heiratet eine gesunde Frau; diese, später auch der Schwiegervater, werden leprös. Ein Bauer schläft ein Jahr mit einem Knechte zusammen, der offene Ulcera an beiden Beinen hat; neun Jahre später erkrankt er an Lepra.

Wo Leproserien vorhanden sind, findet eine Abnahme der Leprafälle statt, wie Verfasser nach den Berichten mehrerer Gemeinden zahlenmäfsig feststellt.

In Norwegen hat Verfasser im Lepraspital Reitgjerdet bei Drontheim 180 Fälle untersucht. Auffallend war ihm das vorwiegende Befallensein der Frauen von der anästhetischen Lepra.

Von den Präparaten waren ihm besonders diejenigen interessant, in denen die Phalangen wie Stacheln enden („spina leprosa"). — Durch Lähmung des Ulnaris entsteht Klauenhand, pes varus wahrscheinlich durch Degeneration des Peroneus.

Der Lieblingssitz der Knoten sind die Augenbrauen.

Die Krankheitsdauer scheint bei Lepra tuberosa eine kürzere.

Die Augenerkrankung beginnt bei der tuberösen Form in Gestalt grauweifser Knötchen am Cornealrande, die die Cornea allmählich überziehen (Pannus leprosus); daneben Iritis, auch purulenta.

Bei der anästhetischern Form kommt es zu Geschwüren der Cornea und Xerophthalmus.

Auch in Reitgjerdet sind viele Fälle, die auf Ansteckung zurückgeführt werden.

Im Lepraspital in Reknaes bei Molde fand Verfasser 80 Fälle.

In Norwegen werden 960 Leprafälle gezählt, darunter 470 (247 Männer) an der tuberösen, 444 (204 Männer) an der anästhetischen, 46 an der gemischten Form. — Es giebt in Norwegen nur ein Kind unter 10 Jahren mit Lepra, die meist im Alter von 20—30 Jahren acquiriert wird. — Nur 25 Fischer sind unter den Erkrankten. Zum Schlufs wird noch ein weiterer Fall von Übertragung berichtet: Ein Mädchen, das vor 5—6 Jahren einen leprösen Knecht gepflegt hatte, erkrankte an Lepra; in der Gegend war in 50 Jahren kein Fall sonst vorgekommen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lepra und Leprakranke im Orient, von T. M. Fost. (*Virginia Medic. Monthly*. Aug. 1892.) Ein ziemlich langer Aufsatz, welcher aber nur wenige beachtenswerte Mitteilungen enthält. Ein grofser Teil des Raumes ist mit Auseinandersetzungen über Moses und die biblischen Jahrhunderte und deren Beziehungen zur Lepra, sowie Bemerkungen über die alten Aegypter und deren Gebräuche in Anspruch genommen. In Aegypten hat er keine oder jedenfalls nur sehr wenige Leprakranke gesehen. In Palästina hat er dagegen ihrer eine grofse Zahl angetroffen, namentlich unter den Arabern. Er schildert sie als Parias. In Jerusalem und Damaskus hat er auch die Leprahospitäler besucht, doch weifs er über diese Institute durchaus nichts Schmeichelhaftes zu sagen. Ferner hebt er hervor, dafs, trotzdem man das Leiden für kontagiös hält, die Leprakranken, abgesehen von dem Verbot des Betretens der Stadt, keine Beschränkung ihrer Bewegungen erleiden. Aufserdem sei es ihnen gestattet, untereinander Ehen einzugehen. Was die Meinung von der Kontagiosität der Lepra und die Behauptung, dafs die Bewohner des Morgenlandes dieser Ansicht huldigen, betrifft, so sind die Berichte von Autoren, die jahrelang dort gelebt haben, diesen Mitteilungen ganz entgegengesetzt. In der That hat Konstantinopel z. B. eine ganz stattliche Zahl von Leprakranken aufzuweisen, doch scheint man sich dort

wenig oder gar nicht um sie zu kümmern. Die vorliegende Abhandlung kann vom wissenschaftlichen Standpunkt aus auf keinerlei Bedeutung Anspruch erheben.

Ohmann-Dumesnil (St. Louis).

Die Frage der Verbreitungsweise der Lepra, von Beaven Rake. (*Med. Record.* 2. Dez. 1893.) Der Verfasser, Oberarzt des Lepraasyls auf Trinidad, untersuchte die Frage der Kontagiosität der Lepra. Er hält die Kultur der Leprabacillen bisher für nicht gelungen, ebensowenig die Infektion von Tieren. Die Versuche von Melcher und Orthmann wie seine eigenen haben Knötchen erzeugt, die aber tuberkulös, nicht leprös sind; der Fall von Tedeschi als einzelner beweist nichts. Die Einimpfung von Hautlepraknoten bewirkt niemals die geringste Veränderung bei den Tieren. Die Inokulation von Leprakulturen bei zwölf anästhetischen Leprafällen bewirkte zweimal Abscefsbildung an der Injektionsstelle; bei zwei Fällen trat Knotenbildung auf der Haut auf, ob post hoc, ist nicht zu entscheiden. Sonst wurde nichts erreicht. Arnings Fall ist nicht beweisend.

Sodann berichtet der Verfasser über Impfung von 30 Leprösen mit Lepraknotenmasse. Einmal entstand Knotenbildung im Gesicht und an den Ohren, sowie Infiltration der Haut an Rumpf und Extremitäten. Auch dieser Fall ist nicht beweisend.

Auch die praktische Erfahrung spricht gegen die leichte Übertragbarkeit der Lepra, in Trinidad ist noch nie eine der die Leprösen pflegenden Schwestern erkrankt. Beweisend für die Kontagiosität soll allerdings der Fall von Benson sein.

Nach der Statistik nimmt die Lepra, wie Verfasser meint, da ab, wo die Kranken nicht isoliert werden, während sie da zunimmt, wo Isolation geübt wird.

Die Lepra ist nach dem Verfasser weniger gefährlich als die Tuberkulose.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lepra, von W. H. Daly. (*Cincinnati Med. Journ.* April 1892.) Dr. W. H. Daly schreibt ziemlich redselig über diesen Gegenstand. Er glaubt ganz entschieden an die Kontagiosität des Leidens und befindet sich in direktem Widerspruch mit Dr. Bulkleys Auffassung der Frage. In diesem Aufsatz beschäftigt er sich eingehend mit dem Verlauf des Leidens in Schottland und den vor einigen Jahrhunderten dort angewandten Unterdrückungsmafsregeln. Alsdann beschreibt er die Leprakranken in Havana und deren soziale Stellung im allgemeinen. Er nennt die Handhabung der auf die Isolierung der Patienten hinzielenden Gesetze dort eine ekelerregende und geradezu gefährlich lässige; dieser Meinung werden viele Kenner der Lepra entschieden widersprechen. Geradezu dramatisch ist seine kurze Beschreibung von Joseph Miller, der von Lepra mutilans befallen ist. Folgender Absatz mag als Probe aus dieser Abhandlung dienen: „Bei meinem Besuche war ich von Leprakranken dicht umringt, und viele von ihnen boten mir begierig ihr kleines, dreckiges Papiergeld gegen Silbermünze zum Tausch an, und alle waren sie bereit, sich jeglicher Form von ärztlicher Untersuchung zu unterziehen, in der sehnlichen Hoffnung, sich Linderung verschaffen zu können. Es braucht nicht erst hervorgehoben zu werden, dafs das infizierte Papiergeld seinen Weg in die Hände des sonstigen Publikums findet und auf diese Weise eine ergiebige Quelle der Infektion und des Kontagiums abgiebt." Für alle diese Behauptungen ist uns aber Verfasser den Beweis noch schuldig geblieben.

Ohmann-Dumesnil (St. Louis).

b. *Tuberkulose.*

Über den Ausgang gewisser, scheinbar ausschliefslich auf der Haut sich abspielender tuberkulöser Ulcerationen vom Knochen (Häufigkeit und Dunkelheit dieses Ursprungs bei den lupoiden Affektionen der Extremitäten), von Adenot. (*Rev. de chir.* 1893. No. 10.) Von einem Knochenherde ausgehend sieht man gewisse Tuberkuloseformen auf der Haut mit höckeriger, papillomatöser, weicher,

mehr oder weniger elastischer, leicht blutender, rötlicher Oberfläche, so daſs eine Ähnlichkeit mit Epitheliomen oder Sarkomen entsteht. Man kann dabei unterscheiden: 1. lupoide Ulcerationen in Verbindung mit darunterliegenden Knochenherden, leicht recidivierend, bis die letzteren entdeckt sind; 2. lupoide Ulcerationen ohne direkte Verbindung mit Knochenherden, welch letztere schon ausgeheilt sind. Diese Art ist seltener. Man findet diese Tuberkuloseformen meist an den Extremitäten, besonders an Hand und Fuſs. Die Diagnose ist wegen der unregelmäſsig und gewunden verlaufenden Fistelgänge oft schwer; die Anamnese muſs berücksichtigt werden. Die Therapie muſs die primären Herde in Angriff nehmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein seltener Fall von Analtuberkulose, von W. Kramer. (*Centralbl. f. Chir.* 1894. No. 16.) Die Mitteilungen über Analtuberkulose entstammen fast alle der französischen Litteratur, sie betreffen alle charakteristische tuberkulöse Ulcerationen. Der Verfasser berichtet jetzt über einen Fall, bei dem das nur wenig auf die äuſsere Haut übergreifende, sehr groſse Ulcus tumorartig durch auſserordentlich massige, in den oberflächlichen Schichten weiche, in den tieferen derbere Granulationen weit über das Schleimhaut- und Hautniveau herausragte, kreisrund war und eine indurierte Umgebung hatte. Der Patient ist 39 Jahre alt, tuberkulös; er zeigt einen halbapfelgroſsen, aus Granulationswucherungen bestehenden Tumor, der die ganze rechte Seite des Analteils ausfüllt, ca. ½ cm auf die äuſsere Haut übergreift. Auf der Oberfläche sieht man mit der Lupe graugelbe Knötchen. Das Ulcus ist kreisrund, die Umgebung induriert. Excision des ganzen Ulcus im Gesunden, Heilung; später Tod infolge der Phthisis pulmonum. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Rundzelleninfiltrationen mit vielen Riesenzellen, zentraler Verkäsung, zahlreichen Tuberkelbacillen.

Vielleicht waren vorher vorgenommene Ätzungen die Veranlassung zu der starken Granulationswucherung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zum Studium der Analtuberkulose, von H. Hartmann. (*Rev. de Chir.* 1894. No. 1.) Zunächst betont Verfasser von neuem den Zusammenhang tuberkulöser Fisteln und Abscesse am After mit Lungentuberkulose. Er fand bei 626 Phthisikern 31 Mal Fisteln (= 4,91%), und zwar bei 447 Männern 27 Mal (= 6%) und 179 Weibern 6 Mal (= 3,35%). Von 48 Fällen operierter tuberkulöser Fisteln zeigten 23 unzweifelhafte Lungentuberkulose, 2 Mal lag nur der Verdacht vor, 21 Mal bestand kein auf Lungentuberkulose hindeutende Erscheinung; keinmal waren Zeichen einer Darmtuberkulose vorhanden. Es sind die tuberkulösen Abscesse und Fisteln rein lokale Invasionen der Tuberkelbacillen, die im Kot mitgeführt werden. Bei 10 analen Fisteln ohne Affektion des Mastdarm gelang 6 Mal der Nachweis von Tuberkelbacillen, einmal fand sich Streptococcus und Staphylococcus, einmal Bacterium coli.

Die Operation der Fisteln bringt nicht die Gefahr der Verallgemeinerung der Tuberkulose. Die Vernarbung wird gefördert durch reizende Verbände mit Styraxsalbe. Sieht man von sekundären Erkrankungen der Haut am After nach Tuberkulose des Unterhautzellgewebes ab, so ist die primäre Hauttuberkulose am After sehr selten. Lupus, von den äuſseren weiblichen Genitalien ausgehend, ist mehrfach, von Mastdarmfisteln ausgehend zweimal beschrieben. Von der warzigen Hauttuberkulose teilt Verfasser zwei sicher gestellte Fälle von Duplaix mit.

Tuberkulöse Ulcerationen am After sind häufiger; 29 Fälle werden berichtet. Bei allen bestand vorgeschrittene Lungentuberkulose, bei 12 chronische Diarrhoe, nur bei 5 war Hämorrhoidalleiden, Ekzem, Analfistel vorangegangen. Fast immer erstreckt sich die Ulceration in den Darm hinein; dieselbe hat meist scharfe, verdickte und pigmentierte Ränder, der Grund ist seicht, grau, uneben, mit bacillenhaltigem Eiter

bedeckt. In der Umgebung oft kleinere, aus Knötchen hervorgegangene Geschwüre In der Hälfte der Fälle waren die Leistendrüsen geschwollen. Die Schmerzen waren zuweilen sehr heftig, häufiger aber sehr gering. Die Ulcerationen vergrößerten sich langsam, aber nur bis zu einem gewissen Umfange; niemals Spontanheilung. Das Mikroskop ergiebt: die Epidermis in der Umgebung zuweilen verdickt, ohne Hornschicht; Papillen sehr vergrößert; tuberkulöse Infiltration der Papillen setzt sich fort in das Corium; die Muskelschicht unter dem Geschwüre sklerosiert.

Therapeutisch wurde Exstirpation und Kauterisation einige Male mit gutem Ergebnisse ausgeführt; bei sehr heruntergekommenen Individuen muſs man sich mit schmerzstillenden Suppositorien, Höllensteinätzungen, Jodoformverband begnügen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

c. *Syphilis.*

Syphilitische Epilepsie, von Paul Kowalewsky-Charkow. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 4.) Schon Boerhave, van Swieten, Morgagni etc. erwähnen eine luetische Epilepsie. Gros und Lancereaux teilten die beschriebenen Fälle in folgende Gruppen: 1. Fälle ohne weitere Störungen des Zentralnervensystems, 2. Fälle mit sichtbaren Veränderungen an Knochen und Hirnhäuten, 3. Fälle mit ausgesprochenen Hirnveränderungen (Gummata, Erweichung, Induration). Mit der Erkenntnis der kortikalen Epilepsie wurde dieselbe fast mit der luetischen identificiert, was nicht richtig ist, da auch eine medulläre Epilepsie angenommen werden muſs. Fournier unterscheidet eine sekundäre und tertiäre syphilitische Epilepsie, entsprechend dem betreffenden Syphilisstadium. Die sekundäre Form kommt als einfache Neurose ohne jede andere Veranlassung mit den Sekundärerscheinungen und vergeht mit diesen; die tertiäre ist eine kortikale organische Epilepsie. Gowers teilt die syphilitische Epilepsie in eine erworbene und ererbte ein; letztere kann durch syphilitische Bildungen in der Hirnrinde, wie durch Dyskrasie des Organismus entstehen; die erstere ist eine kortikale, partielle Epilepsie. Idiopathische Epilepsie bei erworbener Syphilis, hervorgerufen durch Alteration des Zentralnervensystems durch die Toxine der Syphilis, soll, wenn auch sehr selten, vorkommen. Verfasser teilt auch die syphilitische Epilepsie in hereditäre und erworbene. Wo die Syphilis sich nur als syphilitische Diathese vererbte (chemische Form), finden wir die medulläre Epilepsie, wo gummöse Syphilome vorhanden sind, die kortikale, monoplegische oder hemiplegische. Verfasser kommt im Verlaufe seiner weiteren Ausführungen dann zu dem Gedanken, daſs medulläre hereditär-luetische Epilepsie in Erkrankung des Vaters, kortikale in der Erkrankung der Mutter ihre Ursache hat, und führt zwei Fälle als charakteristisch an. Erworbene syphilitische Epilepsie tritt gewöhnlich in Form der kortikalen auf, der Mechanismus der Entstehung ist aber nicht immer der gleiche. Solitäre Gummata können die Ursache sein, oder diffuse gummöse Prozesse. Drittens können einige Anfälle während antisyphilitischer Kur auftreten als Ausdruck der lokalen Reizung während der Resorption; viertens endlich können die zurückbleibenden Narben im Hirn epileptische Anfälle auslösen. Idiopathische Epilepsie bei erworbener Syphilis ist wohl sehr selten, kann aber nach den Angaben von Fournier (sekundäre Epilepsie) und Pellizzari (toxische Epilepsie) kaum bezweifelt werden. Am schwersten zu beseitigen sind die durch syphilitische Hirnnarben hervorgerufenen epileptischen Insulte, welche, kombiniert mit Paresen und Paralysen, sich einstellen, nachdem die durch Gummata bewirkte Epilepsie unter antiluetischer Kur prompt, aber nicht dauernd geheilt war. Ähnliche Fälle subsumiert Erlenmeyer unter Poliomyelitis und Meningitis. Die anderen Formen kortikaler Epilepsie bei Syphilis sind leichter und der Heilung zugänglicher. Für alle Formen führt der Verfasser Beispiele an. Verfasser resümiert dahin, daſs es zwei Kategorien syphilitischer Epilepsie giebt: die kongenitale und die erworbene. Die

erstere stellt sich in zwei Formen dar: der idiopathischen, auch dyskrasischen genannt, eine Folge der Alteration des Zentralnervensystems durch das luetische Contagium, und der kortikalen, bedingt durch Vererbung eines organisierten, gummösen Prozesses. In denselben Formen offenbart sich die erworbene, syphilitische Epilepsie. Die kortikale entsteht durch Wirkung einzelner Gummata, ungleichmäfsige gummöse Prozesse und aus Gummen hervorgegangenen Narben, die idiopathische durch Intoxikation des Organismus mit dem Virus lueticum und die Produkte der regressiven Metamorphose in der Periode der energischen, antiluetischen Behandlung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die hereditäre Lues der Neugeborenen behandelt Fournier in folgender Weise: 1. Die Mutter soll womöglich das Kind säugen; kann dies aus irgend einem Grunde nicht geschehen, so soll nach einer syphilitischen Amme gesucht, event. das Kind mit sterilisierter Milch künstlich ernährt werden.

2. Tägliche Einreibung mit 1,0—2,0 Unguentum napolitanum, und zwar in der Weise, dafs am ersten Tage die eine Rumpfseite, am zweiten die andere, am dritten der Rücken und am vierten wieder die Lendengegend eingerieben wird. Die Salbe bleibt, mit Watte bedeckt, liegen, am Morgen folgt ein Stärkebad mit leichtem Abseifen; nach dem Abtrocknen Einpudern mit Lycopodium und Amylum aa.

3. Auf allfällig vorhandene Syphilide Zinkoxyd. (Nach *Presse méd.* 1894. No. 94.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Kasuistik der Syphilis hereditaria, von Adolf Tobeitz. (*Arch. f. Kinderheilkde.* Bd. XVI.) Verfasser berichtet ausführlich über folgenden Fall: Ein sieben Wochen altes Kind ohne jede Zeichen von Syphilis leidet seit wenigen Tagen an schweren Verdauungsstörungen, Ödem der Beine und des Scrotum, Intertrigo. Trotz Regelung der Diät, Anschaffung einer Amme geht das Kind zu Grunde, nachdem sich noch Reizerscheinungen seitens des Hirnes hinzugesellt. Die Sektion ergiebt auffallende Veränderungen an Leber, Nieren, Oberschenkelknochen. Die Leber ist beträchtlich vergröfsert, deren Ränder stumpf, Oberfläche bis auf einige kleine rote Flecken graugelb; die acinöse Zeichnung ist verwischt, die ganze Leber durchsetzt von kleinen, kreisrunden, scharfbegrenzten, weifslichen Herden. Die Nieren sind auf dem Querschnitt blafs und glänzend, an einer Stelle eine kleine Hämorrhagie. Die Gelenkenden des Oberschenkels aufgetrieben, die Ossifikationslinie verbreitert. Das Gehirn wurde nicht untersucht. Es folgt eine eingehende Wiedergabe des mikroskopischen Befundes bei Untersuchung der Leber; zwei Arten von Veränderungen wurden gefunden, diffuse und herdweise. Die diffuse, intraacinöse (intercelluläre) Bindegewebswucherung scheint durch Proliferation der Zellen der Kapillaren und des intraacinösen Bindegewebes entstanden; weder Leukocyten noch Leberzellen sind daran beteiligt. Die Bindegewebswucherung bewirkt seitliche Kompression der Leberzellreihen, Auseinanderdrängen derselben, Abteilung gröfserer oder kleinerer Zellgruppen und einzelner Zellen und Nekrotisierung derselben. Die miliaren Herde tragen den Charakter entzündlicher Reizung, indem sie sich meist aus Leukocyten zusammensetzen; sie erscheinen als Exsudatherde, die erst spät entstanden sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein frühzeitiges Symptom von Syphilis hereditaria bei Neugeborenen und seine Behandlung, von Carini. (*Sem. méd.* 1893. No. 60.) Die Rhinitis wird gewöhnlich als das frühzeitigste Symptom angeborener Syphilis angesehen, dem erst die anderen, Roseola, Condylomata lata, folgen. Verfasser konstatiert aber, dafs eine noch frühere Erscheinung ein permanenter Husten ist, der sofort oder einige Stunden nach der Geburt auftritt und 10—20 Tage dauert. Giebt man der Mutter hohe Dosen

Jodkalium, dem Kinde van Swietensche Lösung, dann schwindet der Husten sofort. In neun Fällen fand Verfasser seine Beobachtung bestätigt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Taylor (*New York med. Journ.* November 1893) berichtet über mehrere Fälle von **Mitbeteiligung des Hodens bei hereditärer Lues.** Es handelt sich dabei meist um Kinder im Alter von 3 bis 30 Monaten, ausnahmsweise von 15 Jahren (Taylor) und selbst um Erwachsene von 24 Jahren (Fournier). Meist ist der Hoden allein afficiert, zuweilen gleichzeitig der Nebenhoden, sehr selten letzterer allein. Das Organ fühlt sich hart an, ist indolent und wird bis nufsgrofs. Ofters besteht gleichzeitig eine mehr oder weniger ausgesprochene Hyperämie des Scrotums; auch kann ausnahmsweise die Albuginea ein höckeriges, unregelmäfsiges Aussehen annehmen. Sich selbst überlassen, kann die Affektion mit vollständiger Resorption des Infiltrates oder mit Atrophie der Drüsensubstanz abschliefsen. Als häufigste Komplikation wurde die Hydrocele in verschiedenen Graden notiert, als konkomitante Allgemeinsymptome Roseola, papulöses Exanthem, Schleimhautpapeln, Fieber. Bei der Differentialdiagnose können Schwierigkeiten entstehen wegen der Ähnlichkeit der Affektion mit Tuberkulose, zumal da die beiden konstitutionellen Krankheiten nebeneinander vorkommen. Auch werden in diesem Alter öfters maligne Neubildungen (Carcinom und Sarkom) der Hoden beobachtet.

Als zuverlässigste Behandlung hat sich die intermittierende, 2—3 Jahre fortgesetzte, gemischte Kur (mit progressiven Dosen) erwiesen. Lokal eventuell Quecksilbersalbe und selbst Ablatio testis. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Schwangerschaft der Frau eines an Syphilis leidenden Mannes und dabei einzuschlagende Mafsnahmen, von Diday. (*Le Bull. méd.* 1893. No. 102.) Die Frau eines luetischen, bei allen Recidiven sorgsam behandelten, seit drei Monaten freien Arztes wird gravida. Diday, wegen etwaiger therapeutischer Mafsnahmen gefragt, rät exspektatives Verhalten aus folgenden Gründen: Ist die Frau infiziert und droht Übertragung auf den Fötus, so kann die Diagnose bei der Mutter erst nach Auftreten von Exanthemen, Papeln gestellt werden, was kaum vor zwei Monaten möglich sein dürfte. Bevor aber die Infektion sicher gestellt ist, darf man keine Kur einleiten, da das Merkurialisieren einer jungen Frau im Beginne der Gravidität nicht gleichgültig ist. Der etwaige Abort tritt meist erst im vierten Monate ein; um denselben zu verhüten, ist die Einleitung der Kur noch nicht nötig. Sollte die Frau von äufserlichen Syphiliserscheinungen frei bleiben, das Kind aber luetisch zur Welt kommen, so ist es rationeller, das Kind erst nach der Geburt zu behandeln. Die Mutter aber, die ja sicher auch durchseucht ist, wird, nicht durch die Kur geschwächt, in der Lage sein, das Kind zu stillen; ein grofser Vorteil. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Kephalaea syphilitica empfiehlt Augagneur (*Rev. gén. de clin. et de thérap.* August 1893), wenn sie rein nervöser Natur ist, Antipyrin, das oft mehr leistet als Jod. Besonders, wenn man schnell eingreifen will, wenn excessive cerebrale Reizbarkeit vorhanden ist und wenn Jod versagt oder absolut nicht vertragen wird. Dosis 2—3 g pro die. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Syphilisbehandlung, Vortrag von Lesser-Bern. (*Corresp. f. schw. Ärzte.* 1894. No. 3.) Vortragender bespricht die verschiedenen Methoden der Syphilistherapie und findet, dafs die Schmierkur und die Injektionen unlöslicher Hg-Verbindungen am wirksamsten sind; im übrigen richtet sich die Wahl nach dem speziellen Falle. Bezüglich des Beginnes der Behandlung äufsert sich L. dahin, dafs dieselbe niemals eingeleitet werden darf, solange die Diagnose des spezifischen Schankers noch zweifelhaft ist. Des ferneren ist er Anhänger der chronisch intermittierenden Behandlung.

In der Diskussion empfiehlt Ziegler als bequemere und einfachere Modifikation der Schmierkur ein alternierendes Einreiben der Fufssohlen mit Unguentum cinereum. Dadurch werde einmal viel Wäsche geschont und ferner beim Gehen das Eindringen des Hg in die Haut begünstigt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Wie die spezifische Behandlung und die Prophylaxe der Syphilis beschaffen sein mufs, von Mauriac. (*La Sem. méd.* 1893. No. 72.) Die idealste Behandlung der Syphilis wäre die Vernichtung des Virus sofort nach der Invasion. Ein Eingreifen zu späterer Zeit, nach Durchseuchung des Organismus, müfste das Virus und seine Toxine in demselben unschädlich machen. Stets würde der Erfolg in solchen Fällen ein ungewisser bleiben, da uns der Mafsstab dafür fehlt, ob wir wirkliche Heilung oder eine Beseitigung der augenblicklichen Manifestationen erzielt haben. Quecksilber und Jod sind die gewünschten Specifica nicht, sie sind nur Palliativa. Gröfseren Erfolg könnte nur die künstliche Syphilisation erzielen, die allerdings ein Traumbild bleibt, solange das Virus uns unbekannt und die Übertragung auf Tiere nicht gelungen ist. Eine Verwirklichung läfst die Immunisierung der Mutter durch den luetischen Fötus erhoffen, die eine Art Impfung darstellt. Es bleibt immer auch noch fraglich, wieviele sich einer Impfung mit dem abgeschwächten Virus unterziehen würden, da auch dieses nichts ganz gleichgültiges sein würde.

Bei der Prophylaxe der venerischen Krankheiten findet Verfasser es sehr ungerecht, dafs nur die Frauen, nicht auch die Männer untersucht werden, da es doch sehr wichtig ist, die Puellae vor Infektion zu schützen. (Gewifs! Aber wie soll das durchgeführt werden? Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wie lange Zeit hindurch soll die Syphilisbehandlung geführt werden, von Prof. M. Kaposi. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 4.) Der berühmte Verfasser legt nochmals seinen bekannten Standpunkt zur „Méthode des traitements successifs" dar, sich nach wie vor ablehnend verhaltend. Er bezeichnet diese Methode in ihrer Verallgemeinerung für weder theoretisch ausreichend begründet, noch durch den Erfolg gerechtfertigt; sie ist für viele Fälle unnötig, belästigend, eventuell sogar schädlich. Allerdings sagt der Verfasser bald hinterher, dafs dieselbe unbestreitbar bis zu einem gewissen Grade sachlich und logisch begründet ist; sie führt aber konsequent zu einer kontinuierlichen Behandlung mit Quecksilber und Jod. Es ist nützlich, bei jedem Recidiv eine Kur einzuleiten, obgleich da auch oft eine lokale Behandlung genügt; es ist auch nicht schädlich, z. B. vor der Verheiratung, dasselbe ohne sichtbare Symptome zu thun, aber es ist nicht gerechtfertigt, wenn keine Syphiliserscheinungen vorhanden sind, schablonenmäfsig permanent zu kurieren. Das ist unnötig, da die meisten Luetiker nach 1—2maliger Kur dauernd gesund bleiben. Es ist schädlich in physischer Beziehung und auch in moralischer Rücksicht, wie Verfasser unter Citierung Sigmunds und seiner eigenen, früher ausgesprochenen Ansichten zu beweisen sucht. Man soll die erste Behandlung lange und sorgfältig durchführen, wiederhole sie aber nur bei charakteristischen Syphiliserscheinungen. Die Prognose der Syphilis ist im ganzen günstig; Phthisiker, Alkoholiker, solche, die im Beginne nicht methodisch behandelt sind, geben eine schlechtere Prognose. Ebenso ungünstig wirkt die Präventivkur. Wenn Fournier bei Frauen den Verlauf der Syphilis ungünstiger findet, so kommt Kaposi zu dem entgegengesetzten Resultat. Er erklärt den günstigeren Verlauf bei Frauen durch den intensiveren, physiologischen Stoffumsatz und den geringeren Alkoholgenufs. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Aphoristische Bemerkungen zur Syphilistherapie, von Prof. Lang. (*Centralbl. f. d. ges. Ther.* 1894. No. 1.) Neben Merkur und Jod, den unbestrittenen Antilueticis,

deren Applikationszeit, Applikationsart und Applikationsdauer nur noch strittig ist, hebt Verfasser die mit Unrecht vielfach vernachlässigte Sassaparilla hervor. Man giebt sie am besten als eingedicktes Dekokt, 2—3 Eßlöffel täglich, auch gleichzeitig mit Merkur und Jod; Nebenwirkungen sind nicht vorhanden. Von Jod genügt meist 0,25—2,0 pro die; als Klysma giebt man nach Köbner 1—4:200; subkutan eine 50%ige Lösung mit Zusatz von 1—2% Codein. Letztere erzielte bei einem Falle von Gumma der Medulla oblongata prompte Wirkung. Ernstere Störungen durch Jodismus sind selten.

Merkur wird oft schlecht vertragen, so bei Carcinomatösen, Nephritikern, Tuberkulösen, bei Malaria und anderen degenerativen Prozessen; auch hämorrhagische Diathesen werden durch Merkur gesteigert. Bei Dyskrasie sieht man nach kleinen Mengen schwere Erscheinungen. Alterationen des Nervensystems sieht man nach chronisch-intermittierender Merkurbehandlung. Auch akute Hydrargyrosis kann aufsteigende Paralyse, Polyneuritis bewirken. Die interne Darreichung des Quecksilbers ermöglicht keine genaue Dosierung; Pillen müssen stets frisch sein. Zweckmäßig sind Pillen aus Quecksilber, Lanolin und Milchzucker (graue Pillen!) oder folgende Vorschriften:

Protojoduret. Hydrarg.	5,0	*Calomel.*	2,5	*Mercur. subl. corros.*	0,25
Extr. Opii	0,5	*Extr. Opii*	0,25	*Extr. Opii*	0,5
Lanolin.	1,5	*Lanolin.*	1,5	*Lanolin.*	1,5
Sacch. lact.	4,5	*Sacch. lact.*	3,75	*Sacch. lact.*	3,75
f. pilul. No. 50.		f. pilul. No. 50.		f. pilul. No. 50.	

Analog sind die Vorschriften für Jodkalium und Arsenik.

Kal. jodat.	10,0	*Acid. arsenic.*	0,5
Sacch. lact.	5,0	*Sacch. lact.*	6,5
Lanolin.	3,0	*Lanolin.*	3,0
f. pilul. No. 50.		f. pilul. No. 100.	

Eine exakte Dosierung ermöglicht nur die Injektion löslicher oder mit Lanolin und Öl sorgfältig gemengter Präparate. Das 50%ige Ol. cinereum injiciert Verfasser alle 3—4 Tage, jedesmal einen halben Teilstrich, in den Rücken. Zur gründlichen Heilung sind 8—12 Dosen nötig, bei Recidiven 4—8. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Einfluß des Quecksilbers auf das papulöse Syphilid, von Unna. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893.) Verfasser wirft die Frage auf: Was wissen wir bisher über den Einfluß des hauptsächlichsten Antisyphiliticum, des Quecksilbers, auf die Struktur der syphilitischen Papel? Hat sich ein Syphilid beim Einsetzen der Behandlung schon bis zu einer gewissen Mächtigkeit entwickelt, dann bleiben gewöhnlich nach derselben „pigmentierte" Stellen zurück, die oft nur zeitweise, z. B. auf Temperaturreize, erkennbar sind. Drückt man ein Glasplättchen auf solche Stellen auf, dann erscheint auf rein weißem Grunde eine gelbe, etwas durchscheinende Zone als Beweis für den Fortbestand des syphilitischen Plasmoms. Es sind Syphilide, wie auch Neumann gezeigt hat, ein sehr dauerhaftes Gewebe, ein zelliges Infiltrat bleibt als Rest der Sklerosen regelmäßig zurück. Unna untersucht nun genauer, wie die regressive Metamorphose bei der Behandlung vor sich geht und welche Eigenschaft der verbleibende Rest hat, an einer mit universellem, kleinpapulösem Syphilis behafteten Patientin. Im Beginne und dann allwöchentlich während der Behandlung wurden Excisionen vorgenommen.

Die unbehandelte Papel stellt einen linsenförmigen, größtenteils aus großen Plasmazellen bestehenden Knoten dar, der, in die obere Hälfte der Cutis eingelagert, scharf abgegrenzt ist, auf zellig infiltrierten Gefäßsträngen, wie die Frucht auf dem Stiele, aufsitzt. Die Papel ist, wie der Lupus, eine Ansammlung von Plasmazellen

mit sekundären Veränderungen, mehrkernigen, aufgehellten Zellen und Riesenzellen. Die Unterschiede sind aber: Das Plasmom des Lupus entsteht weit entfernt von den Blutgefäßen, dasjenige des Syphilides aber in nächster Nähe derselben, in der blutgefäßreichen subpapillären Schicht, zu größeren Herden verschmelzend, so daß noch bei der höchsten Entwickelung die Entstehung aus isolierten zelligen Gefäßsträngen auf den ersten Blick erkennbar ist. Ferner geht das kollagene Gewebe im Lupusknötchen zu Grunde; wo es sekundär an der Wucherung teilnimmt (Lupusfibrom), geschieht das auf Kosten des Plasmoms; Plasmom und Fibrom stehen in einem Konkurrenzverhältnis. Beim Syphilid aber wachsen beide gleichzeitig; sie durchwachsen einander, es giebt deshalb niemals ausgedehnte Lückenbildung im Hautgewebe, wie beim Lupus. Das histologische Bild zeigt also eine Einteilung in Felder, zentral Blutgefäße enthaltend, umgeben von klaffenden Lymphräumen. Letztere sind beim Syphilid frei, beim Lupus der Sitz von Wucherungen. Der dritte Unterschied ist die Schnelligkeit des Wachstums; das luetische Plasmom wächst rascher und degeneriert auch rascher, die Plasmazellen gehen direkt die Degeneration ein, die tuberkulösen Plasmazellen aber erzeugen große Mengen von großkernigen Tochterzellen mit schmalem Protoplasmasaum. Aus demselben Grunde sind die Riesenzellen in den luetischen Papeln kleiner, weniger ausgebildet, wenn auch nicht geringer an Zahl. Die Resorption des papulösen Syphilides spielt sich in drei Stadien ab. Zuerst rapider Fortschritt, Abflachung, konzentrische Schrumpfung, gelb-bräunliche Verfärbung, derbere Konsistenz, dann langsamere Rückbildung, gelblich-graue, bläulichgraue Verfärbung bis zum makroskopischen Schwund; schließlich scheinbare Heilung, Fortbestehen eines reducierten Exanthems. Mikroskopisch findet man dementsprechende Veränderungen: Im ersten Stadium Verkleinerung des Knotens durch Rückgang des Zwischengewebes, der Blut- und Lymphgefäße, des Spindelzellengewebes; die Zellen sind fast gar nicht verändert. Die erste Wirkung des Quecksilbers ist also ein Rückgang des Ernährungsapparates, kein Schwund des spezifischen Gewebes. Im zweiten Stadium tritt Schwund der Plasmazellen ein: die Körnung schwindet, Vakuolen treten auf, die chromophile Substanz wird ausgestoßen, entsprechend gefärbte Körner liegen zwischen den Zellen, dadurch bröckeln letztere ab, werden krumm, verbogen, wie ausgenagt, färben sich aber noch und gelangen in die Lymphbahnen und die Saftspalten der Haut. Während des Zerfalls der Zellen tritt eine progressive Veränderung in denselben ein, indem Körner in den aufgehellten und den Riesenzellen auftreten, netzartig gelagert. Die vorher nur seltenen Mastzellen nehmen auch an Zahl zu, aus gewöhnlichen Spindelzellen durch Aufnahme von Körnchen entstehend. Ein Teil der Plasmazellen bleibt immer zurück, an Stelle der geschwundenen treten erweiterte Lymphspalten, wodurch die Papel einsinkt. Von Pigment ist niemals etwas vorhanden. Die Farbe der Flecken nach Abheilung der Syphilide ist das Resultat zweier Komponenten: des bräunlich-gelben Eigentons des Plasmoms und der bläulich durchschimmernden tiefen Hautgefäße; dadurch entsteht ein Graubraun, auf Druck ein Bräunlich-gelb. Das Hauptergebnis ist also das Zurückbleiben eines Restes des syphilitischen Plasmoms; daß diese positive Veränderung die Immunität bedingt, ist unwahrscheilich, da ja letztere schon vor dem Exanthem besteht und die immunisierende Substanz ja eine in den Gewebssäften lösliche ist. Möglich ist es aber, daß dieser Rest die Quelle der schützenden Substanz ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Technik der Schmierkur, von L. Brocq. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1898. S. 702.) Am ersten Abend wird der linke Unterschenkel mit heißem Seifenwasser tüchtig gereinigt und getrocknet, alsdann mit 3,0—4,0 Unguentum cinereum eine Viertelstunde lang eingerieben. Darauf wird das Bein in Flanell gewickelt, um erst am folgenden Morgen wieder abgeseift zu werden. Am zweiten Abend folgt der

linke Oberschenkel, dann die rechte Extremität; am fünften Abend beginnt man wieder mit dem linken Unterschenkel. Nach acht Einreibungen folgt eine sechstägige Pause, alsdann nochmals acht Einreibungen. Sowie die Haut gerötete Stellen zeigt, soll man die Beine in Ruhe lassen und dafür den Brustkasten einreiben. Es ist besser, wenn der Kranke selber die Einreibung besorgt und dabei den Kopf über die Extremität beugt, da die eingeatmeten Quecksilberdämpfe viel zur Heilung beitragen. Für Jodkalium empfiehlt Brocq folgende Lösung:

Kalii jod.	40,0
Aq. dest.	100,0

wovon vor jeder Mahlzeit ein Theelöffel voll (= 1,0 Jodkalium) gereicht werden soll. Wo Jodkalium allein schlecht vertragen wird, verordnet Brocq es in folgender Zusammensetzung:

Kalii jod.	20,0
Natr. arsenicos.	0,02
Tinct. Bellad. gtt. XXX.	
Aq. dest.	80,0

Jeder Kaffeelöffel voll dieser Lösung enthält 1,0 Jodkalium.

Türkheim-Hamburg.

Die endovenösen Sublimatinjektionen bei der Syphilistherapie. (*Rif. med.* 1894. No. 1 u. 2.) Seit den Mitteilungen Baccellis über diesen Gegenstand haben verschiedene Autoren (Maragliano, Colombini, Niedder) weitere Versuche angestellt, welche von dem ursprünglichen Baccellischen Verfahren in Bezug auf Konzentration und Zusammensetzung der Lösungen und die Technik der Injektionen nur in unwesentlichen Punkten abweichen.

Vor der subkutanen Methode hat die endovenöse den Vorzug der rascheren Wirkung (bei minimalen Dosen), der Schmerzlosigkeit, des Ausfallens der lästigen Infiltrationen und Abscesse an der Einstichstelle, des Ausbleibens von nervösen Störungen (hysterische Krisen, Schwindel, Temperaturerhöhungen, Lähmungen, Glykosurie, Embolie). Als Nachteile werden angeführt: Häufigkeit der Merkurialstomatitis und gastrointestinaler Störungen. *C. Müller-Freiburg* (*Schweis*).

Saprophyten und Fremdkörper.

Erfolgreiche Entfernung von Schiefspulverkörnchen aus der Haut, von W. M. Nelson. (*New York med. Journ.* 3. März 1894.) Verfasser bespricht die verschiedenen Methoden, welche zum Zwecke der Beseitigung von eingebrannten oder durch Tättowieren eingebrachten Schiefspulverkörnchen aus der Haut empfohlen worden sind, namentlich das Skarificieren, Variots Methode, und das Nachtättowieren mit Papaïnglycerin nach Ohmann-Dumesnil.

Letztere Methode empfiehlt er als bei weitem die beste und schildert einen Fall von ausgedehnter Verbrennung des Gesichts mit Schiefspulver, wobei das Mittel ein vorzügliches Resultat ergab. *Philippi-Nieheim.*

Spengler-Dresden berichtet (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 51) über **zwei Fälle von Tättowierung oder Dyschromasia traumatica** bei Kindern. Bei einem 13jährigen Knaben ergab die Untersuchung, dafs er in der Haut an der Dorsalseite der Finger, an beiden Armen, insbesondere am linken Vorderarme, am linken Handrücken und auf der Brust, vorn Bilder, wie Ringe, Anker und Buchstaben, sich selbst kürzlich tättowiert hatte. Zu dem Zwecke hatte er feine Nähnadeln benutzt, auf den vorgezeichneten Bildern in die Haut eingestochen und in die zahlreichen Stichöffnungen Tusche eingerieben. Mehrere der so behandelten Stellen waren reaktionslos, andere gerötet und mit Bläschen besetzt, in deren Umgebung entzündete Lymph-

bahnen sichtbar waren. Der andere 12jährige Junge kam mit einem vesikulären Ekzem der linken oberen Extremität und im Gesichte und hatte sich ebenfalls kurz vorher an einem versteckten Orte, mit Nadel und Tusche arbeitend, Bilder an den Armen beizubringen versucht. Der Ausschlag verbreitete sich an den folgenden Tagen noch über die Brust und war nach Verlauf von etwa acht Tagen wieder geheilt. SPENGLER glaubt, dafs das Lesen von Indianergeschichten und die Bilder einer tättowierten herumreisenden Amerikanerin die Jungen auf die Idee der Tättowierung gebracht. Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs man den Farbstoff bei tättowierten Hautstücken im Papillargebiet der Cutis abgelagert findet, während bei krankhafter oder natürlicher Pigmentierung der Haut der Farbstoff in der untersten Zellenschicht des Rete Malpighii enthalten ist. Ferner erwähnt er, dafs die mit Zinnober hergestellten Tättowierungsmarken nach Jahren vollständig verwischt sein können, da der Farbstoff allmählich resorbiert wird. Beständiger sind die mit Schiefspulver, Waschblau oder Tinte angefertigten Tättowierungen, besonders dauerhaft solche mit schwarzer Tusche. Dafs man Tättowierungen auch künstlich beseitigen kann, hat schon 1855 TARDIEU bekannt gegeben. *Neuhaus-München.*

Über die Behandlung der Pityriasis versicolor, von E. BODIN. (*La méd. mod.* 1893. No. 68.) Die Behandlung der Pityriasis versicolor bezweckt:

1. die Vernichtung der Parasiten;
2. die Verhütung der Recidive.

Erstere ist sehr leicht, da sie sich nur in der Epidermis aufhalten; die Flecken werden 2—3 Mal mit Jodtinktur bestrichen und dann mit Seife abgewaschen, um die Desquamation zu befördern. Bei starker Ausbreitung wird morgens mit schwarzer Seife und heifsem Wasser gewaschen, abends folgende Salbe appliciert:

Resorcin	
Acid. salicyl.	℥ 1,0
Sulfur. praecip.	5,0
Lanolin	
Vaselin	
Sebum	℥ 25,0.

Auch Schwefelbäder sind von Nutzen. Die Verhütung der Recidive ist viel schwieriger und erheischt vor allem eine energische Desinfektion der Kleider.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Läuse in den Augenwimpern, von GALLEMAERTS. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 526.) Zu den schon veröffentlichten ähnlichen Fällen fügt G. einen weiteren hinzu. Der kleine 3½jährige Patient hatte das Ungeziefer vorher auf seinem Kopfe gehabt. Von dort war es mit grauer Salbe verscheucht. Seitdem klagte das Kind immer über Jucken in den Augenwimpern. Durch Waschungen der Lider mit Liquor van Swieten und Einreiben von Unguentum cinereum und Lanolinum ℥ in den Lidrand wurde auch hier das Übel beseitigt. *Türkheim-Hamburg.*

Die gewöhnlichen tierischen Parasiten der Haut, von OHMANN-DUMESNIL-St. Louis. (*St. Louis Med. and Surgic. Journ.* Juni 1893.) Verfasser giebt seinen Schülern den Rat, bei Patienten, die wegen Juckens den Arzt konsultieren, an erster Stelle an das Vorhandensein von Parasiten zu denken. Von diesen Parasiten beschreibt er die am häufigsten vorkommenden, teilt die hervorstechendsten Symptome, welche sie zu machen pflegen, ausführlich mit, unter Berücksichtigung der charakteristischen Lokalisation, der Naturgeschichte der Parasiten, soweit dieselbe für den Arzt, wie für den Studierenden ein praktisches Interesse hat.

C. Berliner-Aachen.

Mifsbildungen.

Dermoidcyste des Scrotum, von Reclus. (*Bull. et mém. soc. chir.* 1892.) Bei einem 31jährigen Manne hat R. operativ eine höckrige, cystische, gänseeigrofse Geschwulst entfernt, die oberhalb des rechten Hodens sich in zwölf Jahren entwickelt hatte, ohne mit diesem zusammenzuhängen. Die Gefäfse des Samenstranges lagen hinter dem Tumor, dessen Inhalt aus zusammengeballten, schuppenartigen Epithelien und Haaren verschiedener Farbe bestand und von einer dicken Membran umschlossen wurde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von umfangreichem, behaartem Naevus, von Oberstabsarzt Dr. Röhring-Erlangen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 39.) Ein 23jähriger Patient zeigt eine ungemein grofse Ausdehnung eines Naevus; derselbe bedeckt im ganzen fast 50 qdm, sonach ziemlich die Hälfte der Körperoberfläche. Nach seiner anatomischen Struktur ist derselbe als Naevus pigmentosus pilosus und nur an einzelnen Stellen als Naevus verrucosus zu bezeichnen. Hereditäre Verhältnisse sind in diesem Falle auszuschliefsen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Winiarski erwähnt eines Falles von **Naevus maternus mit Hypertrophie des Corpus cavernosum urethrae** bei einem 66jährigen Manne. Der blaurot gefärbte vaskulöse Naevus nahm fast die ganze untere Körperhälfte ein. (*Gaz. lek.* 1893. No. 13.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Entfernung eines Naevus pilosus des Gesichtes mittelst Elektrolyse, von G. H. Fox. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Mai 1893.) Der Patient ist ein 22jähriger Jüngling mit einem Naevus pilosus auf der rechten Wange.

Der Naevus nimmt das ganze untere Augenlid bis hinab zum Jochbein, einen Teil der rechten Seite der Nase um den inneren Augenwinkel herum ein, ist warzig erhaben und von dunkler Farbe. Zur Entfernung des Naevus wurde eine elektrische Batterie von 40 Elementen gebraucht. Die Sitzungen wurden wöchentlich vorgenommen und beinahe vier Jahre hindurch fortgesetzt. Nach Verlauf eines Jahres war etwa die Hälfte des Gewächses entfernt. Um nicht entstellende Narben zu erhalten, mufste F. mit der Behandlung langsam vorgehen. Dieselbe zog sich deshalb noch drei Jahre hin und stellte die Geduld des Arztes, wie des Patienten auf eine harte Probe. Der Erfolg war jedoch ein sehr lohnender und zufriedenstellender, und F. glaubt, dafs bei Beharrlichkeit von Arzt und Patienten jeder Naevus entfernt werden könnte. Sehr gute Resultate erhalte man auch durch die plastische Operation. Die nach derselben zurückbleibende Haut zeige jedoch das nahezu normale Aussehen, wie in dem mit der Elektrolyse behandelten Falle. *C. Berliner-Aachen.*

Über einen Fall von Cystadenoma intracanaliculare bei einem Naevus unius lateris, von G. T. Elliot. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Mai 1893.) Der Patient ist ein 25jähriger, im allgemeinen gesunder junger Mann. Die Affektion besteht seit der frühesten Kindheit und ist charakterisiert durch zwölf kleinerbsen- bis bohnengrofse, teils in Gruppen, teils isoliert stehende Efflorescenzen, von denen die einen mehr konsistent und von bläulich-roter Farbe, die anderen weicher und mehr blafsrot sind. Die dicht nebeneinander gelagerten Efflorescenzen sind von warziger Beschaffenheit, etwas schmerzhaft und leicht blutend, wenn die darüber befindlichen Krusten entfernt werden. Afficiert ist ausschliefslich die rechte Schulter, und zwar der Suprascapularraum; die Affektion stellt sich als ein Naevus unilateralis dar, der durch die Reibung der Hosenträger vor circa vier Jahren in einen Reizzustand versetzt wurde und dem Patienten solche Beschwerden bereitete, dafs er den Arzt konsultieren mufste.

Die ganze afficierte Hautpartie wurde excidiert und mikroskopisch untersucht. Die mikroskopische Untersuchung ergab als wesentlichsten Befund Schweifsdrüsenknäuel in verschiedenen Stadien cystischer Degeneration begriffen, ferner verruköse Proliferation im Rete, erweiterte Schweifsdrüsenausführungsgänge mit Cystenbildung in denselben.

Der ganze pathologische Prozefs ist keine embryonale Abnormität, sondern ein sekundärer, wahrscheinlich durch einen von den Hosenträgern auf die Haut ausgeübten, dauernden Reiz entstandener, krankhafter Zustand. *C. Berliner-Aachen.*

Behaarter Rachenpolyp, von der seitlichen Rachenwand ausgehend. Operation fünf Stunden nach der Geburt wegen Asphyxie. Heilung. Von Avellis. (*Der ärztl. Praktiker.* 1893. No. 46.) Bei einem Neugeborenen fand Verfasser als Atmungshindernis einen Tumor im Pharynx, der von der linken Mandel ausging, die Gröfse eines Daumengliedes eines Erwachsenen übertraf, den Raum zwischen Zungengrund und weichem Gaumen ausfüllte. Die Uvula fehlte ganz; der hintere Teil des weichen Gaumens war gespalten. Wegen Asphyxie wurde der gröfste Teil sofort galvanokaustisch abgetragen; die Atmung wurde sofort normal; die Abtragung des Restes wurde acht Tage später vorgenommen. Vollkommene Heilung. Mehrere Wochen später Tod an Bronchitis. Der Tumor erwies sich als Teratom. Durch Bindegewebszüge geteiltes Fettgewebe; quergestreifte Muskelfasern, hyaliner Knorpel, Überzug von Pflasterepithel, in demselben Schweifsdrüsen, Talgdrüsen, Haarbälge mit Haaren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In der Versammlung des ärztlichen Zentralvereins in Olten demonstrierte Gross-Neuenstadt einen Fall von **abnormer Haarbildung in der Sakralgegend.** Es handelte sich um einen neunjährigen Knaben, bei dem die Mifsbildung gleich bei der Geburt bemerkt wurde. Die Haare sind seither stark gewachsen und bilden nun einen kräftigen, über die Nates herunterhängenden Büschel. Aufserdem besteht an der Stelle eine Spaltung der Processus spinosi und eine feine Fistelöffnung, aus der konstant tropfenweise seröse Flüssigkeit abfliefst. Keine Lähmungen, aber allgemeiner Tremor, Stottern und Schielen. (*Korrespondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1893. No. 24.)
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der Spina bifida occulta mit lokaler Hypertrichosis, von G. Joachimsthal. (*Virch. Arch.* Bd. 131. S. 488.) Verfasser teilt drei Fälle mit. Ein 7jähriges Mädchen und ein 27jähriger Mann zeigten ein dreieckiges Haarfeld in der Lendengegend, dem eine Vertiefung entsprach, welche durch Fehlen des V. Processus spinosus lumbalis bedingt war. Der dritte Fall ist die „Dame mit der Pferdemähne" des Berliner Panoptikums. Es fehlen die Dornfortsätze des 2.—5. Brustwirbels, und aus der dadurch hervorgerufenen Vertiefung tritt ein 27 cm langer Zopf heraus. Da linksseitige Skoliose besteht, liegt auch die Vertiefung etwas nach links. Zwischen den Spalträndern fühlt man eine Masse von der Konsistenz weichen Knorpels. Aufserdem führt Verfasser noch einen Fall lumbaler Trichose bei einem 30jährigen, auch sonst stark behaarten Spanier an, bei dem kein Wirbeldefekt nachweisbar war. Auffallend ist die häufige Kombination der Spina bifida occulta mit Skoliose. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Elektrolytische Beseitigung von Haaren, Leberflecken etc. in der Praxis, von S. Sorensen. (*Med. News* 30. September 1893.) Nach zweijähriger, fast täglicher Erfahrung mit dieser Methode erklärt sich Verfasser für entschieden sehr befriedigt davon und teilt für die Anwendung derselben eine Reihe von Anweisungen mit, deren Wiedergabe hier aber zu weit führen würde. Dafs man dabei auch recht viel Geduld

nötig hat, geht daraus hervor, dafs bei dem einen Falle die Behandlung nicht weniger als 86 Stunden in Anspruch nahm. Immerhin ist auch S. der Meinung, dafs diese Behandlungsweise vor den sonstigen unbedingt den Vorzug verdient. Auch bei sogenannten Leberflecken und bei zwei Fällen von Districhiasis erzielte er gute Resultate. *Philippi-Nieheim.*

Gutes Depilatorium.

℞ *Baryumsulphid* 5,0
Amyli
Zinc. oxydat. ää 25,0
Misce e. aq. f. pasta.

Nach etwa zehn Minuten langem Liegen wird die Paste entfernt. (*Dtsch.-am. Apoth.-Ztg.* 1893. No. 7.) *A. Strauſs-Barmen.*

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (Ref. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 32) stellte Flatau ein 12jähriges Mädchen mit **Albinismus acquisitus und Canities** vor. Das Kind hat völlig ergrautes Kopfhaur; nur einige pigmentierte Inseln auf der Galea bestehen noch; plaqueweise finden sich ähnlicke Hautveränderungen am Rumpfe, symmetrisch insofern, als sie am reichlichsten in der Medianlinie vorkommen und von da aus ausstrahlen. Ätiologisch sind vielleicht Mifshandlungen anzuschuldigen. *F. Hahn-Bremen.*

Kongenitale Trichiasis, von Sydney Stephenson. (Ophthalmologische Gesellschaft, Sitzung vom 7. Dezember 1893. *Brit. med. Journ.* 23. Dezember 1893.) Stephenson stellte zwei Brüder im Alter von sechs und sieben Jahren mit kongenitaler Trichiasis der unteren Augenlider vor. Bei dem älteren sind beide Augen, bei dem jüngeren nur das rechte ergriffen. Die gewöhnlichen sekundären Symptome, welche die falsche Richtung der Cilien nach sich ziehen, fehlten nicht. Vortragender führt die Trichiasis an erster Stelle auf eine Mifsbildung des Tarsus des unteren Augenlides zurück. *C. Berliner-Aachen.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Abhandlungen über Chirurgie der Harn- und Geschlechtsorgane, von A. F. Cabot-Boston. Es sind sechs bereits anderwärts veröffentlichte Aufsätze. Im ersten derselben:

I. Bemerkungen über die nicht **operative Behandlung der Prostata-Hypertrophie** — erörtert der Verfasser klar und genau die Lehren Guyons, dessen Einteilung der Prostata-Hypertrophie in drei Perioden er für absolut notwendig erachtet. In gewissen Fällen mufs die Behandlung eine chirurgische sein, in den meisten nicht. Die erste Periode verlangt nur eine hygienische Behandlung. Bei Urinretention wird der Katheterismus nötig, 1—2 mal täglich mit weichem Instrument, event. mit Mercierkatheter. Trotz aller Vorsicht kommt oft Cystitis dazu. Cabot verteidigt lebhaft den Verweilkatheter, der alle 4—6 Tage zu wechseln sei. Die dritte Periode kommt heimtückisch heran, wird gewöhnlich zu spät vom Patienten bemerkt; neben Urinbeschwerden können bereits Nierenentzündung und Herzaffektionen bestehen. Bei Dyspepsie lasse man zunächst die Blase in Ruhe, verfahre tonisierend; erst, wenn sich der Kranke bessert, kann man von neuem den Katheter anwenden.

II. Beitrag zur **Behandlung der Blasenruptur.** Über den intra- oder extraperitonealen Sitz der Ruptur giebt eigentlich nur die Laparotomie genauen Aufschlufs und die besten Heilungsbedingungen für den Kranken. Ein Fall wird geschildert, in welchem bei der Steinzertrümmerung eine Ruptur der Blase eintrat. Laparotomie

und Perinealschnitt. Doch wurde der eigentliche Sitz des Risses nicht entdeckt. Der Ausgang war günstig. Cabot bringt im Anschluſs hieran folgende Vorschläge:

1. Bei intraperitonealer Ruptur Laparotomie mit Naht der Basenwunde und Drainage der Blase.

2. Bei irgend einem Zweifel, ob die Ruptur intra- oder extraperitoneal, ist Laparotomie angezeigt.

3. Ist die Ruptur extraperitoneal, die Richtung der Urininfiltration aber unbekannt, mache man die Laparotomie, welche über die eventuelle Anlegung der Drainage zugleich belehrt.

4. Bei Fraktur der Schambeine mit Urinerguſs in die prävesikale Höhlung incidiere man oberhalb der Symphyse, führe ein Drainagerohr ein bis zur Urininfiltration und füge Median- oder Seitenschnitt hinzu, um die Blase zu drainieren.

5. Bei Shokerscheinungen und groſser Schwäche des Patienten begnüge man sich mit dem eiligst angelegten Medianschnitt; um die Blase zu drainiren, kann man später weitere Operationen hinzufügen.

III. Ein Fall, in welchem der **Ureter durch einen Stein verstopft** war und durch Einschnitt hiervon befreit wurde. Folgende Momente führten auf die Diagnose eines Steines im Ureter: Schmerzhafter Punkt zwischen Crista iliacea und letzter Rippe; derselbe erhält sich und nimmt auf Druck zu. Etliche hyaline und körnige Cylinder und Eiter im Harne, der bald trüb, bald klar ist. Kolik. Der Kranke bricht. Bei der Operation findet sich in der That im linken Ureter ein kleiner Stein. Ureter selbst wird nicht vernäht. Heilung.

IV. Bemerkungen über die **Anatomie und Chirurgie des Ureters.** Cabot lenkt die Aufmerksamkeit auf ein bis jetzt unbekanntes Verhältnis des Ureters zum Peritoneum. Der Ureter steht nämlich in innigem Kontakt mit dem Peritoneum durch Bindegewebsbündel, welche von ihm durch Schnitte konstatiert werden. Diese Thatsache erklärt es, warum der Ureter dem Peritoneum folgt, wenn man dieses in die Höhe schiebt. Die Verbindung des Ureters mit dem Peritoneum erfolgt ein wenig nach auſsen von der Anheftungslinie des Bauchfelles mit der Wirbelsäule, und zwar so, daſs man ihn linkerseits in einem Abstande von 1,3—2,5 cm nach auſsen von dieser Linie trifft, rechterseits etwas weiter nach auſsen, da sich die Vena cava inferior einschiebt. Am besten legt man den Ureter in seiner oberen Hälfte nach der Methode von Israel frei, für die untere Partie (15 cm), welche meistens die Steine enthält, schlägt Cabot eine nach Kraske modificierte Operation vor. Bei Frauen kommt man leichter durch die Vagina zum Ureter, braucht das Peritoneum nicht zu eröffnen. Eventuell kann auch der sakrale Weg nötig werden. Ein per vaginam ausgeführte Extraktion eines in einem Ureter sitzenden Steines wird geschildert, der Erfolg war günstig. Eine Notiz über elf durch Operationen entfernte Uretersteine wird am Schlusse aufgeführt.

V. **Pachydermia vesicae.** Bei einem Patienten, der schon 1870 wegen eines Steines dem Medianschnitt sich unterzogen hatte und seitdem verschiedene Harnbeschwerden erlitt, vollzog Cabot September 1889 die Sectio alta. Dabei zog er eine dicke Membran heraus, die leicht an der hinteren Blasenwand angewachsen war; diese Wand selbst war weich und elastisch. Die Membran maſs ca. 45 qcm und besaſs 2—3 mm Dicke. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daſs ein Fall von Pachydermia vesicae vorliege. Die Membran war vollständig gebildet aus einem Epithel, das 50—100 mal dicker war, als gewöhnlich. Man fand daselbst auch Zellen, welche Keratohyalin (Eleidin) enthielten (also wirkliche abnorme Keratinisation). Die Membran erhielt ihre Ernährung durch eine Reihe von Papillen, welche man gewöhnlich hier nicht trifft. Dieselben zeigten keine Tendenz, die Grenzen der normalen Bildung zu

überschreiten. Die Frage, ob in diesem Falle zweifellose epidermoidale Umwandlung vorhanden sei, bleibt offen. Die Pachydermie läfst er als Resultat von Reizungen der Schleimhaut (wie bei Pachydermia laryngis) entstehen, hier nach Cystitis chronica.

VI. **Pyelitis calculosa mit völliger Anurie** während sieben Tage, Heilung. Bei einem 60jährigen Manne stellte man die Diagnose auf Zerstörung einer Niere und Verstopfung der anderen durch einen Stein. Trotz einer Anurie von sieben Tagen zeigt der Kranke kein Zeichen von Urämie, den letzten Tag ausgenommen. Da der Sitz des Steines unsicher war, machte Cabot die Laparatomie. Aber weder im Abdomen, noch in der Niere, noch in den Ureteren fand man einen Stein. Drei Stunden nach der Operation entleerte man mittelst Katheterismus der Blase schon 1050 ccm Harn; die folgenden Tage beobachtete man eine vorübergehende Polyurie; 15 Tage nach der Operation wurden etliche Trümmer von Steinmasse durch Blasenwaschungen entfernt. Cabot glaubt, dafs die zufällige Massage, welche bei der Untersuchung der linken Niere ausgeübt wurde, genügt hat, um den Stein wegzuschaffen, welcher den linken Ureter verstopfte. In ähnlichen Fällen könnte sie ebenfalls nützlich sein. Schliefslich empfiehlt er die frühzeitige Operation der Steine und besonders die Laparatomie, wenn man über den genauen Sitz des Steines nicht unterrichtet ist. *Neuhaus-München.*

Vlaccos rühmt in einem Vortrage in der Société de Chirurgie **die Bedeutung des Salols für die Antisepsis der Harnwege.** Es verzögere die Fäulnis des Urins für einige Zeit, welche von 24—60 Stunden variiere. Bei Versuchen, die mit dem Urin von Infektionsfieberkranken angestellt wurden, zeigte sich, dafs die septische Wirkung nicht mehr vorhanden war, nachdem die Kranken zehn Tage hindurch 5 g Salol pro die genommen hatten. In drei Fällen von Cystitis tuberculosa verminderte sich rasch der Bacillengehalt bei Salolgebrauch. Urin, welcher Salol und Gonokokken enthielt, blieb steril bei Kulturversuchen. Vlaccos läfst deshalb seit zwei Jahren die Mehrzahl seiner Patienten vor operativem Eingreifen längere Zeit Salol nehmen. Nur bei Verdacht auf Nephritis bleibt es weg, da ja alle Salicylpräparate für die kranke Niere schädlich sind. Dann benutzt er als Antisepticum das etwas weniger wirksame Benzonaphtol. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 1.)

Neuhaus-München.

Die gegenwärtige **Rolle des Cystoskops in der Chirurgie,** von Nicoll (Glasgower medic.-chirurg. Gesellschaft. No. 93.) Der Nutzen des Cystoskops für die Diagnose der Blasen- und Nierenerkrankungen ist unbestritten, doch ist es zu weit gegangen, eine zutreffende Parallele mit dem Augen- und Kehlkopfspiegel anzustellen, die ja weit leichter, weniger gefährlich und ohne Narkose angewendet werden können. Folgende Unannehmlichkeiten des Cystoskops werden hervorgehoben: a) Notwendigkeit, die Untersuchung oft zu wiederholen. b) Lange Dauer jeder Sitzung (20 bis 30 Minuten und mehr). c) Die Notwendigkeit der Narkose bei Blasenreizbarkeit. Diese ist besonders grofs bei Blasentuberkulose; man soll dann Milch, Diät und Bettruhe anordnen und öftere Blasenspülungen vornehmen. d) Die Klarheit des Bildes kann durch Eiter, Blut und Schleimflocken geschädigt werden. Spülungen mit Natrium bicarbonicum, resp. Adstringentien werden dann nützlich sein. e) Die durch die Flüssigkeit ungenügend ausgedehnten Blasenwände können dadurch, dafs sie sich vor das Instrument legen, die auf ihnen befindlichen Objekte verbergen. f) Endlich wird Prostata-Hypertrophie die Untersuchung der Blase mehr oder weniger schwierig machen. *Neuhaus-München.*

Beziehungen der Genitaltuberkulose beim Manne zu den übrigen Äufserungen der Tuberkulose, von Villard. Der Verfasser untersuchte diese

Frage von folgendem Gesichtspunkte aus: Werden die Geschlechtswege sekundär ergriffen, wenn die Tuberkulose ursprünglich eine viscerale, oder welches ist die Weiterentwickelung des Bacillus tuberculosus, wenn er ursprünglich im Geschlechtsapparate aufgetreten, und welche Beziehungen entstehen von da aus zu den übrigen inneren Organen? VILLARD schliefst aus seinen Untersuchungen, dafs in der Hälfte der Fälle die Lungen frei von Tuberkulose sich zeigen, trotzdem können die Kranken später von Lungentuberkulose befallen werden. Nur 30% der secierten Fälle zeigten absolutes Freisein der Lungen von Tuberkulose.

Der Harnapparat erwies sich in 56% der Fälle ergiffen, die Niere speziell in 43,3%. Hier besitzt die Infektion aufsteigenden Charakter. Für das Peritoneum fand er nur 12%, Knochen- oder Gelenktuberkulose nur 6,8%; die Meningitis tuberculosa beendigte in 17,2% die Krankheit. Aus der ganzen Arbeit geht hervor, dafs die Genitaltuberkulose als rein örtliches Leiden relativ gutartig aufzufassen ist, dafs sie aber sehr zu fürchten ist bezüglich der Infektion der Nachbarorgane und des ganzen Körpers. Die an Genitaltuberkulose Erkrankten gehen gewöhnlich an der Erkrankung der Lunge und der Niere zu Grunde.

Was einen operativen Eingriff bei der Hodentuberkulose betrifft, so tritt V. energisch für ein frühzeitiges chirurgisches Handeln ein, also besonders für die Kastration. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* Februar 1894.)

Neuhaus-München.

Urethrale und genitale Reflexneurosen; Urethralneuralgie und Hyperästhesie; Hyperästhesie und Neuralgie der Hoden, von G. FRANK LYDSTON. (*The Med. and Surg. Report.* No. 1848. 30. Juli 1892.) Die von den Genitalorganen der Männer ausgehenden Reflexneurosen werden meistens nicht genügend gewürdigt. Kopfschmerz, manche Neuralgien schwinden oft nach Beseitigung einer sie veranlassenden Striktur. Dasselbe ist häufig bei Verdauungsstörungen, Schlaflosigkeit, psychischen Verstimmungen der Fall. Umgekehrt sind die Genitalien sehr empfindlich gegen Affektionen ihrer Nachbarschaft, des Anus etc. Neuralgien und Hyperästhesien der Harnröhre, wie sie nach Gonorrhoe persistieren können, weichen meist nur auf psychische Behandlung. Hyperästhesien der Hoden treten manchmal auf bei Striktur oder Varicocele, geschlechtlichen Excessen, Syphilis, Gicht, Anämie, Malaria, Neurasthenie; zuweilen ist kein Grund zu finden. Die bösesten Fälle, in denen die die Neuralgie zu Shock führen kann, sind vielleicht auf Reizung des Nierenbeckens oder des Ureters durch scharfe Krystalle im Harn zurückzuführen.

Die Therapie mufs womöglich stets eine kausale sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über eine neue operative Behandlung der Phimose, von TENKA. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 51.) Verfasser giebt eine in vielen hundert Fällen von ihm ausgeführte Phimosenoperation wieder, durch welche die unangenehmen Folgen, die aus dem Unbedecktsein der Eichel nach anderen Operationsmethoden entstehen, vermieden werden. Verfasser bezeichnet sein Verfahren als „plastische Operation der Phimose mit radiärem doppelten Seitenschnitt."

Jessner-Königsberg i. Pr.

Phimosis und Circumcision, von HORACE G. WETHWILL. (*Universit.-Med.-Magaz.* Philadelphia. Oktober 1892, nach *Dtsch. Med.-Ztg.* 1894. No. 9.) Verfasser ermahnt, bei jedem Neugeborenen auf bestehende Phimosis zu untersuchen, etwaige Adhäsionen zu lösen, Smegma zu entfernen. Die Phimosis führt zu lokalen und Reflexerscheinungen, zu vorzeitigem, übermäfsigem Geschlechtstrieb, zu Excessen in venere, dadurch zu Geschlechtskrankheiten, zur Masturbation. Von 33 Epileptischen hatten 12 kongenitale Phimose. Bei bestehender Phimosis ist die Circumcision nötig; prophylaktisch

sie auszuführen, ist unzulässig. Unstillbare Blutung nach Circumcision kann vorkommen; Verfasser hat selbst ein kräftiges Kind dadurch verloren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die pathologische Bedeutung der vollführten Circumcision, von Alexander Gruber. (*Wien. med. Presse.* 1892. No. 10.) Nach nicht kunstgerecht ausgeführten Circumcisionen bleiben oft neben dem Frenulum Bändchen zurück, die vom Collum zur Corona glandis ziehen. Es entstehen auch blind endende Hauttäschchen, in denen sich Schmutz ablagert, Gärungsvorgänge ebenso. Durch Erregen von Jucken können diese auch zur Masturbation führen. Balanitis, Herpes praeputialis können auch die Folge sein. Schliefslich erleiden diese Hautbrücken zuweilen bei der Erektion eine Zerrung, reifsen beim Coitus ein und begünstigen Infektionen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Epispadia glandis penis, von P. Wiesmann. (*Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1893. No. 3.) Ein 36jähriger Mann litt seit frühester Jugend an mangelhafter Urinentleerung. Seit einigen Monaten war der Harn trübe, stinkend; die Entleerung erfolgte tropfenweise unter Schmerzen. Die Glans war von einer Kappe bedeckt, die oben eine feine Öffnung im Grunde einer seichten Grube hatte. Von dieser aus wurde das Präputium gespalten und von der Glans ca. 3 qcm freigelegt; der Rest war fest mit dem Präputium verwachsen. Eine Sonde wurde dann durch die Öffnung in die blind 1,5 cm hinter der Spitze des Penis endende Harnröhre geführt; von diesem Kanal aus wurde der Penis nach vorne zu gespalten und die an der Spitze befindliche Fossa navicularis zur Mündungsstelle der Harnröhre gemacht, indem ihre Schleimhaut mit der des Präputiums vernäht wurde. Heilung mit gutem funktionellen Erfolge.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hypospadia cum phimosi, Pyelonephritis, von Michael Horváth. (*Gyógyászat.* 1893. No. 45. Nach *Der ärztl. Prakt.* 1894. No. 5.) Der achtjährige Knabe entleert den Urin seit der Geburt schwer; seit einiger Zeit perpetuierliches Harnträufeln, Blasenschmerzen, kachektisches Aussehen. Die Blase reicht bis zur Nabelhöhe, das Präputium phimotisch, überragt die Glans um $1^1/_2$ cm; Sondierung der Urethra nicht möglich. Nach Circumcision findet man eine partielle Hypospadie; jetzt gelingt der Katheterismus; ammoniakalischer, eiterhaltiger Harn. Ödem des Penis und Scrotums macht zur Freilegung der Harnröhrenöffnung nach einigen Tagen eine weitere Incision des Präputiums nötig. Von da ab Fieber, die Wunde bekommt einen diphteritischen Belag, Sopor, Erschwerung der Atmung, trotz Intubation Exitus. Die Sektion ergiebt: Tonsillitis follicularis, Pharyngitis und Laryngitis acuta, Oedema pulmonum, Pyelonephritis chronica, Dilatation des Nierenbeckens, Nierenatrophie, Dilatation des Ureters, Hypertrophie der Blasenmuskulatur, Cystitis et Urethritis diphteritica, Hypospadia.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Brenner stellt im Verein der Ärzte in Österreich (Sektion Linz) am 4. Januar 1894 (*Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 4) einen 36jährigen Mann vor, bei dem von der Raphe der Haut des **Penis** sich ein **Carcinom** entwickelt hatte, das die ganze Pars pendula in eine blaurote zerklüftete Masse verwandelt hatte. Bei Amputation des Penis in der Ebene des Scrotums fand man noch carcinomatöses Gewebe. Es wurde ein Schnitt in der Raphe perinei gemacht, der Penisstumpf durch diese Lücke hervorgezogen, das Corpus cavernosum urethrae von dem Corpus cavernosum penis abgelöst und durch den hinteren Teil des Bulbus amputiert; die Urethra wurde an die Haut genäht. Schliefslich wurden die beiderseitigen Leistendrüsen exstirpiert und die Hautwunden vernäht. Die Harnentleerung erfolgt durch das Perineum; die Kontinenz ist natürlich, da der Kranke seine Sphinkteren hat, ungestört. Mit Hülfe

einer Prothese wird der Patient in der bei Männern üblichen Weise urinieren können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Gangrän des Penis, von Balzer. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 559.) Vor allem muſs man eine etwa bestehende Phimosis oder Paraphimosis beseitigen. Überschreitet die Gangrän das Präputium, so muſs man auf dem Rücken des Gliedes ausgiebige Entspannungsschnitte, am besten, wegen der Gefahr der Blutung, mittelst des Thermokauter, anlegen. Einpuderungen mit Jodoform und Einpackungen in feuchte Gaze, allgemeine und örtliche Bäder haben zu folgen. Wenn die Brandschorfe sich abstoſsen, muſs man wieder auf stärkere Blutungen gefaſst sein. Endlich hat man während der Heilung etwaige brandige Fetzen abzutragen, und da, wo es möglich erscheint, die einzelnen Hautteile einander zu nähern. Gleichzeitig werden innerlich Chinin, Kaffee, Thee und Alkohol gereicht. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung der Balanitis circinata, von Balzer. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 631.) Das Anfangsstadium dieser Krankheit bekommt man selten zu Gesicht. Sie beschränkt sich fast immer auf die Eichel. Die Eiterung ist so stark, wie beim Tripper. Sie wird sehr leicht auf andere Personen übertragen, jedoch immer nur durch Vermittelung der Frau, obschon diese selber weder daran erkrankt, noch verdächtige Bakterien beherbergt. Leute, die mit entblöſster Eichel gehen, bleiben von der Balanitis verschont. Die Heilung erfolgt bei gewöhnlicher Reinlichkeit in einigen Tagen von selbst; jedoch kann man sie durch Waschungen mit stärkeren Höllensteinlösungen noch beschleunigen. *Türkheim-Hamburg.*

Phagadänischer und gangränöser Schanker mit starker Hämorrhagie infolge Zerstörung der Arteria dorsalis penis sinistra, von A. Rey-Algier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 716.) Das wesentlichste des Inhalts ist schon in der Überschrift enthalten. Der Fall betraf einen 21jährigen Menschen. Um die Quelle der Blutung zu entdecken, muſste die Phimosis erst operiert werden. Die Blutung wurde durch eine Paste gestillt, die aus Zincum chloratum 1,0 und Zincum oxydatum 9,0 zusammengesetzt war, und die nach Rey zur Stillung kapillarer Blutungen sehr geeignet ist. *Türkheim-Hamburg.*

Ein seltener Fall eines Urethralsteines, von C. J. Mariasches. (*Südruſs. med. Ztg.* Nach *Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 101.) Die Urethralsteine teilt man ein in primäre, die in der Urethra selbst entstehen, und sekundäre, die aus höheren Abschnitten in die Urethra gelangen. Die ersteren entstehen gewöhnlich in dem erweiterten Teile hinter einer Striktur, oder um einen Fremdkörper. Divertikel können den Sitz eines Steines abgeben, aber auch erst durch ihn hervorgerufen werden. Die primären Urethralsteine bewirken im Gegensatz zu den sekundären selten Anurie, sie bestehen aus phosphorsaurem Kalk, selten aus phosphorsaurem Magnesium, kohlensaurem Kalk, phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia. Die sekundären bestehen aus oxalsauren oder harnsauren Salzen, kohlensaurem oder phosphorsaurem Kalk. Gewicht und Zahl der Steine schwanken sehr. Civiale hat einmal 320 Steine entfernt. Verfasser berichtet sodann über einen 60jährigen Patienten mit „Calculus urethralis und Carcinoma partis scrotalis urethrae". Der Urethralstein war schon in seinem 10. Lebensjahre diagnosticiert. Stein und Geschwulst wurden operativ entfernt; ersterer wog 60 g. Ein Defekt der Urethra blieb dauernd zurück. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Guiard demonstrierte in der *Soc. med. du IXe arrond.* einige Instrumente für urologische Praxis. Eins derselben, der **Harnröhren-Obturator,** hat den Zweck, Lösungen längere Zeit in der vorderen und hinteren Harnröhre zurückzuhalten.

Dieser Obturator besteht aus einer kleinen aufblähbaren Kautschukkugel, die sich der Harnröhre gut anlegt, sowie zwei mit ihr verbundenen und verschliefsbaren Röhren, die eine dient zum Aufblähen der Kautschukkugel durch einen Ballon, die andere giebt den Weg für die Injektionsflüssigkeit, welcher stundenlang zurückgehalten werden kann. Die von demselben Autor angegebenen Tuben, welche im Innern eine antiseptische Flüssigkeit und gut befestigte Kanülen besitzen, ähneln sehr den bei uns schon längst gangbaren Vorrichtungen, bei welchen für die Reise zu benutzende Tripperspritzen sicher befestigt sind. (*Annal. des mal. des org. gén.-ur.* 1894.) *Neuhaus-München.*

Ein Fall von Verletzung der Harnröhre, von Thomann-Graz. (*Internat. klin. Rundsch.* 1894. No. 7.) Ein an Urethritis erkrankter 26jähriger Mann wollte sich mit gläserner Spritze eine recht tief eindringende Injektion machen. Zu dem Zwecke entfernte er den Stempel und brauchte statt dessen den Schlauch einer Luftdruckpumpe. Sofort wurde die Glasspritze, eine Rifswunde erzeugend, zwischen Eichel und Vorhaut eingebohrt, so dafs Luft in das Zellgewebe des Gliedes und des Hodensackes drang, infolgedessen letzterer kindskopfgrofs aufgebläht wurde. Das Hautemphysem verbreitete sich längs der Bauchdecken rechterseits zur siebenten Rippe. Durch Punktion und Druck wurde am Scrotum die Luft zum grofsen Teil entfernt, der Rest wurde in vier Tagen resorbiert; die Heilung der Rifswunde brauchte drei Wochen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über zwei Fälle von narbiger Urethralstriktur, von Loumeau. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1894. No. 4.) Man kann drei Klassen von Strikturen unterscheiden: 1. die entzündlichen, meist nach Gonorrhoe auftretenden und daher auch gonorrhoische Strikturen genannten; 2. die narbigen, nach Traumen oder tiefer greifenden Ulcerationen (Ulcus venerum). Sie kommen, je nach der Natur der ursächlichen Momente, an verschiedenen Stellen der Urethra vor und entwickeln sich, im Gegensatze zu den gonorrhoischen, sehr rasch. Sie widerstehen sehr oft, besonders wenn sie circulär sind, sehr hartnäckig nicht nur der Dilatation, sondern auch der Urethrotomie; 3. die kombinierten, sklerös-narbigen, bei denen zu einer Entzündung der Urethralschleimhaut Verletzungen getreten sind (bei Chorda, Ruptur der Chorda etc.) Ihr Sitz liegt meist in der vorderen Hälfte der Urethra.

Die beiden von L. mitgeteilten Fälle betreffen Strikturen:

1. Nach einem harten Schanker der Fossa navicularis. Eine spezifische Behandlung und die temporäre progressive Dilatation brachten wesentliche Besserung.

2. Nach partieller Zerreifsung der Urethra an der Peniswurzel nach stürmischem Coitus. Dilatation mit gutem Erfolge. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die operativen Indikationen bei traumatischen Harnröhrenverengerungen, von Legueu und Cestau. (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 10. Novbr. 1893.) Über 17 Fälle traumatischer Urethralstrikturen aus der Guyonschen Klinik berichten die Verfasser. Die operative Therapie ist abhängig von dem Sitze. Im penoskrotalen Teile der Harnröhre genügt fast stets die Dilatation mit eventueller Urethrotomia interna. Im perinealen Teile ist die Resektion des verengten Stückes mit folgender Naht beider Enden das beste. In tieferen Teilen der Urethra wird man sich meist mit der Urethrotomia externa und interna begnügen müssen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verhoogen stellte einen 60jährigen Patienten vor mit einer seit 30 Jahren bestehenden **Urethralstriktur,** welche zu einer linksseitigen **Pyelonephrose** geführt hatte. Urethrotomia interna; Heilung. (*La Policlinique* No. 1. 1894.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Blennorrnoe und Komplikationen.

Die Blennorrhoe eine allgemeine Krankheit, von SOUPLET. (Dissert. Paris. 1893.) Die verschiedenen Zufälle und Komplikationen bei der Blennorrhoe lassen sich auf vier Faktoren zurückführen: 1. direkte Wirkung des Gonococcus, 2. Wirkung der Toxine, 3. sekundäre Infektion durch Eitermikrobien, 4. Mischinfektionen.

Unter anderen, im Gefolge einer Blennorrhoe auftretenden Symptomen werden genannt: Perikarditis und Endokarditis, Phlebitis, meningo-medulläre Erscheinungen, Neuritis, Nierenaffektionen, Periostitis, Pleuritis, Pyarthrose, Erytheme und metastatische, ohne direkten Kontakt entstandene Conjunctivitis (benigna).

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Beitrag zum Verständnis der Blennorrhoefrage, von GEORG BERG. (*Zeitschr. f. ärztl. Landpraxis.* 1893. No. 12.) Verfasser giebt eine ganz hübsche Zusammenstellung der Pathologie und Therapie der Blennorrhoe in ganz kurzen Zügen, in der Absicht, den Praktiker vor Vernachlässigung dieser Seuche zu warnen.

F. Hahn-Bremen.

Kann jemand den Tripper übertragen, ohne ihn selber zu haben? von MOREL-LAVALLÉE. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 681.) In der Société médicale des 9. Arrondissement (Sitzung vom 12. Oktober 1893) teilte MOREL-LAVALLÉE folgenden Fall mit:

Ein Mann, der vor 4—5 Monaten einen Tripper hatte und der jetzt noch jeden Morgen einen Tropfen Exsudat aus seiner Harnröhre entleert, übt den Coitus einmal mit einer verheirateten Frau aus. Vom nächsten Morgen an wird sein Ausfluſs eiterig, reichlicher, einige verdächtige, extracelluläre Kokken. Seine Freundin, die zwischendurch auch zweimal mit ihrem Mann Umgang hatte, läſst sich acht Tage nach dem verbotenen Genuſs untersuchen und wird von M.-L. gonokokkenfrei befunden. Unterdessen wird der getäuschte Ehemann tripperkrank und läſst seine Frau von seinem Hausarzt untersuchen, der den Befund von M.-L. einfach bestätigt, d. h. die Frau für gesund erklärt. Dann treten bei der Frau die Regeln ein, und erst nach deren Aussetzen, genau 28 Tage nach dem schuldigen Coitus, wurden bei ihr Gonokokken gefunden und entwickelt sich eine Gonorrhoe.

Nach dieser Beobachtung hält M.-L. sich für berechtigt, die am Kopf des Referats stehende Frage verneinend zu beantworten. Er folgert weiter daraus, daſs man einem Mann mit Goutte militaire erst dann die Heirat gestatten darf, wenn der Ausfluſs auch nach der Höllenstein- oder Sublimatprobe gonokokkenfrei bleibt; ferner, daſs der Gonokokkus zu seiner Entwickelung ein günstiges Feld nötig hat, und daſs er lange Zeit latent bleiben kann, d. h. es kann jemand Gonorrhoe haben (namentlich bei Frauen möglich), ohne die klinischen Symptome des Trippers aufzuweisen. Eine Übertragung dieser Krankheit, ohne daſs der Infizierende Gonokokken beherbergt, sei dagegen nicht denkbar.

Zu diesem Vortrage ergriffen verschiedene Mitglieder das Wort. Für GUIARD liegt das Aufserordentliche des Falles in der langen Inkubationsdauer, eine Ansicht, die M.-L. nicht will gelten lassen, da man im Inkubationsstadium seine Krankheit nicht übertragen könne. Vielmehr handle es sich hier um eine wirkliche, aber ganz geringgradige Infektion. Des weiteren kritisiert GUIARD die bakteriologische Diagnose der Gonokokken, der er jede Bedeutung abspricht, indem man bei keinem Verfahren wisse, ob man es mit echten oder Pseudo-Gonokokken zu thun habe; nur das mikroskopische Studium derselben, ihre Form, Umfang und Gruppierung, ihr Sitz in den Leukocyten sei einstweilen entscheidend.

Auch die Therapie des Trippers kam zur Sprache, und M.-L. hat von hohen Gaben Oleum Santali, denen er, noch im akuten Stadium, Einspritzungen von Kalium

permanganicum folgen läfst, gute Ergebnisse zu verzeichnen. Dem tritt wieder Guiard entgegen, der vor dem Gebrauch des Kalium permanganicum im akuten Stadium des Trippers warnt, so sehr er dessen gute Wirkung bei der chronischen Blennorrhoe zu schätzen weifs. Er will im akuten Stadium überhaupt keine Behandlung, weil die Krankheit von selber zur Heilung führen kann, indem durch die Gonokokken die Harnröhrenschleimhaut in einen für sie ungünstigen Boden umgewandelt wird. Nach seiner Meinung würde sich ein chronischer Blennorrhoiker mit gonokokkenhaltigem Ausfluſs gegen Impfung mit akutem Trippereiter immun verhalten.

Türkheim-Hamburg.

Der Gonococcus Neisser, sein Vorkommen bei Urethritis und Bartholinitis, von Karl Hasse. (Inaug.-Dissert. Strafsburg i. E. 1893.) Folgendes Färbeverfahren soll das beste sein:

1. Das Deckglaspräparat wird leicht durch die Flamme gezogen.
2. ½ Minute in gesättigter 5 %iger Kalium permanganicum-Methylenblaulösung.
3. Abwaschen in Wasser, Entfärben in verdünnter Essigsäure, bis ein Violett an Stelle des Blau tritt.
4. Entsäuren in Wasser.
5. Färben in guter Pikrokarminlösung, bis auf weifsem Grunde rosarote Färbung eintritt, was nach 5—8 Minuten der Fall ist; eventuell leichtes Erwärmen.
6. Ganz kurzes Abwaschen in Wasser.
7. Trocknen, Untersuchen in Glycerin oder Kanadabalsam. Kokken leicht blau, Zellkerne rot, Plasma schwach lachsfarben, dasjenige der Epithelien deutlicher lachsfarbig mit einem Stich ins Gelbe.

In 625 Präparaten des Sekrets der Urethra und der Bartholinischen Drüse fand Hasse 19 mal Bacillen, 27 mal Kokken allein, 147 mal beide. Im Sekrete der Bartholinischen Drüse fanden sich stets Kokken und Bacillen, und zwar bei 142 Präparaten 17 mal, davon 14 mal ohne Gonokokken. Bei akuter Blennorrhoe waren keine anderen Bakterien zu finden, mit dem Verschwinden der Gonokokken und der Zunahme des Epithels traten sie in grofser Zahl auf, worauf die Gonokokken bald schwinden. Saprophyten hat Hasse auch in langen Ketten von 20—25 Gliedern gefunden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Gonococcus in der gerichtlichen Medizin. Bosc (*Le nouveau Montpellier médical.* 2. u. 9. November 1893) giebt wohl zu, dafs der Gonococcus die Ursache der Blennorrhagie sei, bestreitet aber, dafs, wenn man ihn bei Mädchen findet, derselbe nur durch den Coitus übertragen worden sei. Einzelne Fälle seien klar, nämlich solche, in denen deutliche Zerrüttungen in den Genitalien nachzuweisen seien, im übrigen aber sei sorgfältig auf sonstige, nicht gewaltthätige Übertragungen zu forschen, also besonders die Beziehungen der Familie, die gewöhnlichen Freundinnen, die Schule, Werkstätte etc. wohl zu berücksichtigen.

Neuhaus-München.

Ein Beitrag zur Frage: Wie rasch kann der Gonococcus Neisser das Epithel der Urethra durchdringen? von Crippa. (*Wien. med. Presse.* 1893. No. 35 u. 36.) Nach Schilderung der beiden herrschenden Ansichten, ob der Gonococcus in die Tiefe des Gewebes dringen kann oder nicht, führt F. zwei Fälle für die erstere Theorie an.

Der erste Fall betraf einen 24 Jahre alten Comptoiristen, der drei Tage nach dem infektiösen Coitus die Symptome der gonorrhoischen Urethritis zeigte und am fünften Tage des Bestehens der Entzündung eine ödematöse, ziemlich cirkumskripte Schwellung zu beiden Seiten des Frenulums darbot. In diesem Ödem, und zwar sowohl im flüssigen, als zu zartem Fibrin geronnenen Serum fanden sich deutlich

Gonokokken, dieselben waren also schon nach etwa fünf Tagen in das subepitheliale Bindegewebe eingedrungen. Eine Reinkultur konnte in diesem Falle nicht vorgenommen werden, wohl aber in dem zweiten, die einen 21jährigen Mann mit cirkumcidiertem Präputium betraf. Dieser kam zwei, höchstens vier Tage nach der Ansteckung zur Untersuchung und zeigte in der Gegend des Frenulum einen ziemlich begrenzten ödematösen Hautwulst, der punktiert wurde. Die heraussickernde Ödemflüssigkeit wurde auf Rinderblutserum-Pepton-Agar gebracht, und es wurden aus derselben zweifellose, in jeder Hinsicht typische Reinkulturen des Gonococcus erzielt. Neben dem Gonococcus war auch Bumms grauweifser Diplococcus kulturell nachzuweisen. Auch in diesem Falle fanden sich also zweifellos diesmal durch die Kultur identifizierte Gonokokken in einem Ödem des periurethralen Bindegewebes und der Haut, welches im äufsersten Falle am fünften Tage nach der Infektion entstanden war. In beiden Fällen waren daher Gonokokken sehr rasch nach der Infektion durch das Epithel der Urethra in das subepitheliale Bindegewebe eingewandert, von wo sie entweder aktiv oder passiv in die durch die Ödemflüssigkeit auseinandergedrängten Bindegewebsbündel des submukösen Gewebes hineingelangten. Dieses Eindringen in die tieferen Gewebsschichten ist dem Gonococcus gerade an der Ansatzstelle des Frenulum dadurch erleichtert, dafs das Corpus cavernosum glandis die Urethra an dieser Stelle freiläfst, andererseits auch die Fortsetzung des Frenulum als ein bindegewebiges Septum als Andeutung der fötalen Spaltung der Urethra des Corpus cavernosum urethrae durchsetzt und bis unter die Mucosa urethrae eindringt; das submuköse Gewebe der Urethra und das subkutane Gewebe der Haut des Penis, sowie des Frenulum wird also an dieser Stelle ausschliefslich durch lockere, grofsmaschige Bindegewebsbündel getrennt, resp. verbunden.

Wenn nun auch die Möglichkeit des frühzeitigen Eindringens der Gonokokken in die tieferen Schichten des submukösen Gewebes festgestellt ist, so ist damit nicht dargethan, dafs dies in allen Fällen geschehen müsse. Es wird sehr viel auf die individuelle Disposition ankommen. Auch die Virulenz des Gonococcus wird in Betracht zu ziehen sein. Auch darf nicht vergessen werden, dafs die reaktive, durch den Gonococcus bewirkte Entzündung die Kittsubstanz der Epithelien erweicht und den Zusammenhang der Epithelien lockert, wodurch dem Gonococcus der Weg in die Tiefe gebahnt wird.

In dem ersten der mitgeteilten Fälle befanden sich Gonokokken in Eiterzellen eingeschlossen; dies beweist, dafs schon im Gewebe eine Vereinigung der Gonokokken mit den Leukocyten stattfinden kann, dafs also die Annahme Neissers und Orgels, die Vereinigung finde nur an der Oberfläche des Epithels statt, gewifs nicht für alle Fälle zutrifft. *Neuhaus-München.*

Ein Fall von juxta-urethralem Hohlgange als Ursache recidivierender chronischer Blennorrhoe, von E. Aldor. (*Pest. med.-chir. Presse.* 1893. No. 8.) Ein an akuter Blennorrhoe leidender 21jähriger Kellner bemerkt am fünften Tage etwa 2 mm von dem Orificium urethrae entfernt ein stecknadelkopfgrofses, gelbliches Bläschen, das auf Druck platzte und Eiter entleerte. Der Tripper heilte trotz sorgsamster Behandlung 3½ Jahre lang nicht. Verfasser entdeckte nun die genannte kleine Oftnung, aus der sich gonokokkenhaltiger Eiter ausdrücken liefs; aus der Urethra kam kein Sekret. Mit der Sonde gelangte man durch die Fistel, die 1,5 cm lang war, in die Urethra. Der Hohlgang wurde mit Laminaria dilatiert, dann ein Silberdraht so durchgeführt, dafs ein Ende zur Urethra herausragte und die Brücke tags darauf durchtrennt. Nach der Operation heilte die Blennorrhoe bei üblicher Behandlung definitiv. Bei jeder Blennorrhoe sollte auf das Vorhandensein solcher Fisteln und Hohlgänge gefahndet werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Battle berichtet (*The Lancet.* August 1893) über einen Fall von **Urethritis desquamativa membranacea** bei einem 44jährigen Neurastheniker. Derselbe verspürte seit mehreren Jahren ein Gefühl von permanentem Drucke in der Perinealgegend, welcher durch eine hinzugetretene Blennorrhoe verschlimmert wurde. Die endoskopische Untersuchung ergab weiter nichts, als das Vorhandensein eines roten granulösen Fleckes in der Pars membranacea. Bald nach seinem Austritt aus dem Spital stellte sich Patient wieder mit der Angabe, dafs er alle Morgen einen bis 10 cm langen, schmutzig-weifsen Fetzen vom Kaliber des Harnröhrenkanals mit dem sonst normalen Urin entleere. Diese Erscheinungen dauerten circa drei Monate lang an. Die Fetzen bestanden aus 1—2 Schichten Epithelzellen aus der Urethralschleimhaut nebst zahlreichen weifsen Blutkörperchen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Erysipel und Blennorrhoe, von Alex. Schmidt. (*Centralbl. f. Gynäk.* 1893. No. 39.) Verfasser macht die überraschende Mitteilung von der Heilung einer akuten blenorrhoischen Vulvovaginitis eines kleinen dreijährigen Mädchens durch ein interkurrierendes Erysipel der unteren Extremitäten, das nicht einmal die Vulva mit überzog. Die entzündlichen Erscheinungen, eiteriger Ausfluſs und Gonokokken waren wie weggeblasen und kehrten auch nach Ablauf des Erysipels nicht wieder.

F. Hahn-Bremen.

Über zwei Fälle von chronisch entzündlicher Erkrankung der Samenbläschen nach Blennorrhoe, berichtet Dr. Parkin in der Londoner klinischen Gesellschaft den 9. Oktober 1891. Bei dem einen lag eine knotige Masse im unteren Teile des rechten Nebenhodens, links am Hoden kein Zeichen der Erkrankung. Auf dieser Seite das Samenbläschen aber weich, vergröſsert, anscheinend eine Cyste; im Samenstrang und Nebenhoden heftige Neuralgie. Bei dem zweiten Falle bestand chronische Entzündung beider Nebenhoden, an der Stelle des linken Samenbläschens fand man eine unregelmäſsige, harte Masse. Verfasser bezeichnet den Zustand als ein Analogon der Salpingitis der Frau. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1894. No. 10.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Antwort auf die Anfrage in No. 8, Bd. XIX. Die von Argentum nitricum herrührenden braunen Flecke in den Kleidern werden voraussichtlich auf folgende Weise entfernt werden können, ohne dafs die Farbe des Stoffes dabei Schaden leidet:

Man tränkt die Flecke mit Jodkaliumlösung, läſst diese eintrocknen und wäscht die dadurch entstandenen gelben Jodsilberflecke mit einer Lösung von Natrium subsulfurosum aus.

Noch rascher können Silberflecke mit Cyankaliumlösung und starkem Nachwaschen mit Wasser entfernt werden; jedoch ist dabei groſse Vorsicht nötig wegen der Giftigkeit des Cyankaliums und wegen der meistens eintretenden Farbenveränderung des Gewebes. Jedenfalls empfiehlt es sich, beide Methoden an wenig sichtbaren Stellen des Anzuges zunächst zu probieren. *Dr. Troplowitz-Hamburg.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 10. 15. November 1894.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Die spezifische Färbung der glatten Muskelfasern.

Von

P. G. Unna.

Die glatten Muskelfasern sind im allgemeinen leicht auch ohne spezifische Färbung in der Cutis als solche zu erkennen. Die dichte Aneinanderlagerung sehr langer, heller, fast strukturloser Spindeln mit langem, stäbchenförmigem Kerne zu größeren spindel- oder bandförmigen Gebilden liefern sowohl für den Längsschnitt, wie für den Querschnitt der glatten Muskelfasern charakteristische Bilder, welche mit den entsprechenden Längs- und Querschnitten der anliegenden, normalen, kollagenen Bündel nicht zu verwechseln sind. Hierzu kommt noch, daß die gewöhnlichen Kernfärbungen (Hämatoxylin, Pikrokarmin) die glatten Muskeln durch eine deutliche, wenn auch nicht scharf durchgeführte Nuancierung der Farbe auszeichnen (graublau und gelb gegen bläulichweiß und rot), so daß bisher im allgemeinen kein Bedürfnis nach einer schärferen Charakterisierung der Hautmuskulatur empfunden wurde.

Alle subtileren Fragen verlangen aber dennoch die Auffindung von spezifischen Färbungsmethoden auch für diesen Hautbestandteil. Als solche nenne ich beispielsweise für die normale Anatomie der Haut das fragliche Vorkommen glatter Muskelfasern in der mittleren Haarbalgschicht, in den Wandungen der Cutisgefäße und die Darstellung der Muskulatur der Knäueldrüsen, für die pathologische Anatomie die Scheidung von glatten Muskeln und Bindegewebsfasern innerhalb der Wandung hypertrophischer und atrophischer, subkutaner Gefäße, sodann bei Myomen, gewissen Neuromen (Tubercula dolorosa) und Naevi. Wenn solche Methoden aber für derartige strittige Fragen geradezu als entscheidendes Moment hinzugezogen werden müssen, so liegt auch kein Grund vor, sich derselben nicht überall zu bedienen, wo überhaupt nur die Untersuchung glatter Muskeln in Frage kommt. Denn sie werden nicht bloß überall die Umgrenzung der Muskelspindeln und ihren Zusammenhang mit dem Nachbargewebe genauer und schärfer hervorheben, sondern auch die Aufsuchung

versprengter Muskelfasern im kollagenen Gewebe durch die Kontrastfärbung wesentlich erleichtern. Endlich sind auch nur solche Färbungen im stande, über die Genese und die regressiven Metamorphosen der Muskelspindeln eindeutige Bilder zu liefern.

Ich habe nun schon in einem der vorhergehenden Artikel[1] gelegentlich zwei Färbemethoden angegeben, durch welche die kollagenen und Muskelfasern differenziert werden können: die Methylenblau-Orcein-Methode und die Säurefuchsin-Pikrin-Methode. Bei der ersteren heben sich die Muskeln schwach bläulich von den stark roten Kollagenfasern ab, um so besser, je länger man mit Methylenblau vorgefärbt hat. Sie haben also das Methylenblau gegenüber der entfärbenden neutralen Orceinlösung viel fester gehalten als die sich bereitwilligst umfärbenden Kollagenfasern. Sie zeigen mithin eine gröfsere Basophilie als die letzteren und stehen hierin dem Protoplasma näher als dem Kollagen. Denselben Schlufs müssen wir aus den Resultaten der Säurefuchsin-Pikrin-Methode ziehen, obwohl es sich hier überhaupt nur um zwei saure Farben handelt, welche sich am Gewebe ablösen. Die Differenzierung beruht hier auf der Differenz in der Intensität der (sauren) Farben, und die minder starke Pikrinsäure nimmt von den basophilen Substanzen (Protoplasma, Muskelsubstanz) Besitz, während die acidophilen Teile (Kollagen, Kerne) das stärkere Säurefuchsin festhalten. Also zeigt auch bei dieser Methode wie bei der Methylenblau- und Orcein-Methode die Muskelsubstanz mit dem Protoplasma die gleiche Kontrastfarbe dem Kollagen gegenüber.

Aufser diesen schon bekannten Methoden habe ich eine Art der Methylenblauanwendung gefunden, welche in sehr einfacher Weise die Muskeln im kollagenen Gewebe scharf hervorhebt. Fixiert man nämlich das Methylenblau im Gewebe durch rotes Blutlaugensalz, so verwandelt sich dasselbe gleichzeitig überall in Violett, ist dann aber so stark an das Protoplasma und die Muskelsubstanz gebunden, dafs man nun zur Entfärbung salzsauren Alkohol anwenden kann, ohne die letztgenannten Gewebe zu entfärben. Diesen Umstand kann man benutzen, um das kollagene Gewebe, welches Methylenblau stets weniger gut festhält, vollständig zu entfärben, und erhält so eine Darstellung der glatten Muskeln und des Protoplasmas[2] in tiefem Violett auf vollständig farblosem Grunde. Diese Methylenblau-rote Blutlaugensalz-salzsaure Alkohol-Darstellung der Hautmuskeln wird folgendermafsen ausgeführt.

Die Schnitte kommen 10 Minuten lang in die polychrome Methylen-

---

[1] Die spezifische Färbung des Kollagens. *Diese Zeitschrift.* Bd. XVIII. pag. 509 ff.

[2] Die Darstellung des Protoplasmas durch die Methylenblau-rote Blutlaugensalz-salzsaure Alkohol-Methode verdient noch eine besondere Besprechung abseits von der Protoplasmadarstellung im allgemeinen.

blaulösung, werden in Wasser abgespült, sodann 10 Minuten lang in einer 1 %igen Lösung von rotem Blutlaugensalz[3] fixiert und endlich nach nochmaliger Abspülung in Wasser etwa 10 Minuten lang in saurem Alkohol (1 % HCl) entfärbt, bis der kollagene Grund weifs hervortritt. Hierauf folgt Abspülung in absolutem Alkohol und Überführung in Öl und Balsam.

Alle zelligen und zellähnlichen Substanzen treten in solchen Präparaten in gleichmäfsigem Violett hervor. Die Oberhaut, sowie die Mastzellen sind zu tief gefärbt, um ihre Struktur gut erkennen zu lassen, aber alle zarteren Teile derart, die Knäueldrüsen, die Blutgefäfse und Kapillaren, alle Bindegewebszellen und endlich die Muskeln heben sich scharf von dem ungefärbten Kollagen ihrer Umgebung ab und lassen zugleich ihre Struktur, besonders die Zellgrenzen, resp. hier die Konturen der Muskelspindeln gut hervortreten. Da aufserdem die Kerne der Zellen und Muskeln stark gefärbt sind, so ergiebt die Methode auch in dieser Hinsicht brauchbare Übersichtsbilder.

Eben so wichtig wie die Differenzierung vom Kollagen ist diejenige vom Elastin wegen der genauen funktionellen Beziehungen zwischen elastischer und Muskelsubstanz. In allen Fällen, wo das Elastin nicht spezifisch tingiert ist, wird man es in der Farbe des Kollagens, nicht in der Muskelsubstanz sehen, da es sich in seiner Acidophilie dem Kollagen zur Seite stellt, und meistens wird es überhaupt nicht vom Kollagen zu trennen sein. Daher empfiehlt es sich in allen Fällen, auch dort, wo lediglich eine starke Trennung des Kollagens von den glatten Muskeln erstrebt wird, das Elastin mittelst der bekannten Schnellfärbung[4] in saurer Orceinlösung dauerhaft vorzufärben.

Von den soeben angegebenen Methoden eignet sich die einfache Methylenblau- n. Orcein-Methode nicht für diese Kombination, da die Muskeln der doppelten Orceineinwirkung gegenüber nicht in blauer Farbe stand halten. Dagegen eignet sich die Methylenblau-rote Blutlaugensalzsalzsaure Alkohol-Methode vortrefflich dazu und ebenfalls die Säurefuchsin-Pikrin-Methode. Bei dieser letzteren Kombination thut man gut, der Elastinfärbung eine Kernfärbung mittelst Hämatoxylin nachzusenden. Denn wenn auch bei meiner einfachen Säurefuchsin-Pikrin-Methode die Kerne rot hervortreten, so leiden sie bei einer stärkeren Pikrinbehandlung, wie sie die Dreifarbenkombination erheischt, doch etwas, und eine Hämatoxylinkernfärbung (vierte Farbe) verbessert daher die Schärfe des Bildes bedeutend.

Diese beiden Methoden ergänzen sich auf erwünschte Weise. Denn während die letztgenannte Vierfarbenmethode im engsten Raume, z. B.

[3] Selbstverständlich bedient man sich bei dieser Methode nur aus Platin bestehender Nadeln, da die Berührung mit eisernen die Präparate augenblicklich verdirbt.

[4] S. Elastin und Elacin. *Diese Zeitschrift.* Bd. XIX. pag. 397.

innerhalb hypertrophischer Gefäfswandungen durch die scharfen Kontraste zwischen Rot, Gelb und Braun, sehr deutliche Differenzen schon bei schwacher Vergröfserung aufweist, liefert die erstgenannte Zweifarbenmethode selbstverständlich durchsichtigere und mithin für das genauere Studium bei stärkerer Vergröfserung sehr geeignete Bilder, und dieses um so mehr, weil die Konturen aller Elementarteile bei ihr äufserst scharf hervortreten.

I. Darstellung der glatten Muskeln neben Kollagen.

a) Methylenblau- u. Orcein-Methode.

1. Polychrome Methylenblaulösung ½ Stunde oder länger.
2. Wasser.
3. n. spirituöse Orceinlösung (1%) 15 Minuten.
4. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Kollagen orceinrot; Muskeln, Protoplasma bläulich; Keratin, Kerne, Plasmazellen blau; Mastzellen methylenrot.

b) Säurefuchsin-Pikrin-Methode.

1. 2%ige Säurefuchsinlösung 5 Minuten.
2. Wasser.
3. Konzentrierte wässerige Pikrinsäurelösung 1 Minute.
4. Konzentrierte spirituöse Pikrinsäurelösung 1 Minute.
5. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Kollagen, Keratin, Kerne rot; Muskeln, Protoplasma gelb.

c) Methylenblau-rote Blutlaugensalz-salzsaure Alkohol-Methode.

1. Polychromes Methylenblau 10 Minuten.
2. Wasser.
3. 1%ige Lösung von r. Blutlaugensalz 10 Minuten.
4. Wasser.
5. Saurer Alkohol (1% HCl) 10 Minuten.
6. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Kollagen entfärbt; Muskeln, Protoplasma, Kerne violett.

II. Darstellung der glatten Muskeln neben Kollagen und Elastin.

d) Saure Orcein-Hämatein-Säurefuchsin-Pikrin-Methode.

1. Saure Orceinlösung 10 Minuten in der Wärme.
2. Abspülung in Spiritus dilutus.
3. Starke Hämateinlösung 10 Minuten.
4. Entfärbung des Kollagens in saurem Alkohol einige Sekunden.
5. Wasser.
6. 2%ige Säurefuchsinlösung 5 Minuten.
7. Konzentrierte wässerige Pikrinsäurelösung 2 Minuten.

8. Konzentrierte spirituöse Pikrinsäurelösung 2 Minuten.
9. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Elastin orceinbraun; Kollagen säurefuchsinrot; Muskeln, Protoplasma gelb; Kerne grauviolett.

e) Saure Orcein-Methylenblau-rote Blutlaugensalzsaure Alkohol-Methode.

1. Saure Orceinlösung 10 Minuten in der Wärme.
2. Abspülung in Spiritus dilutus.
3. Wasser.
4. Polychrome Methylenblaulösung 10 Minuten.
5. Wasser.
6. 1%ige Lösung von rotem Blutlaugensalz 10 Minuten.
7. Wasser.
8. Saurer Alkohol 10 Minuten.
9. Wasser.
10. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Elastin orceinbraun; Kollagen entfärbt; Muskeln, Protoplasma, Kerne violett.

Weitere Beobachtungen über die Behandlung des Myxoedema.[1]

Vortrag, gehalten in der Dermatologischen und Venereologischen Gesellschaft zu Moskau am 15. (27.) Mai 1894.

Von

Prof. A. Pospelow-Moskau.

Am 27. September des vorigen Jahres teilte ich in unserer Gesellschaft einen Fall von Myxoedema mit. Wie Sie sich erinnern werden, äufserte ich damals, indem ich meine Mitteilung mit der Besprechung der Prognose schlofs, dafs notwendigerweise anzunehmen sei, es werde das zeitweilig verschwundene Myxödem wiederkehren und eine immer wieder erneute Behandlung verlangen. Diese Prognose gründete sich auf die Voraussetzung, dafs die Schilddrüse, von der ich eine, durch Syphilis bedingte, mehr oder weniger ausgesprochen cirrhotische Entartung annahm, weder durch Thyreoidin, noch durch antisyphilitische Behandlung mehr im stande sein werde, sich ganz zu restituieren.

Was ich vorausgesehen, ereignete sich auch in der That. Der Kranke

[1] S. *diese Zeitschrift.* 1894. Bd. XIX. No. 3.

wurde, wie Sie sich erinnern, das erste Mal mit roher Schilddrüse gegen Myxödem behandelt, und die Symptome dieser Krankheit verschwanden; Patient fühlte sich frischer, das Ödem des Gesichtes und der Hände verschwand, die Wangen röteten sich, was schon mehrere Jahre nicht der Fall gewesen war; die auffallende Frostigkeit verschwand gleichfalls, die Schweifsabsonderung trat wieder auf, das Allgemeinbefinden wurde ein gutes, der Schlaf ruhig, und Patient fühlte sich wie ein Gesunder. So standen die Dinge bis zum Oktober vorigen Jahres.

Seit dem Oktober begann Patient wieder allgemeine Schwäche zu fühlen, die Röte der Wangen verschwand, die Haare verloren ihren Glanz, die Nägel wurden wieder brüchiger, Gesicht und Hände schwollen merklich an, die Stimmung verschlechterte sich, die Temperatur war abends wieder niedriger als den Tag über und betrug durchschnittlich morgens 37,2—37,5°, abends 36,2° C.; die komplementäre Schilddrüse über dem Schildknorpel, die nach Behandlung des Patienten mit roher Schilddrüse verschwunden war, begann sich wieder zu vergröfsern, obgleich sie nicht die Derbheit erreichte, wie das erste Mal, als sie noch dazu von einem gummösen Prozesse betroffen wurde. Die frühere unerträgliche Frostigkeit fehlte jedoch diesmal, obschon Patient sich gleichwohl etwas stärker einzuhüllen begann, als der äufseren Temperatur entsprach. Im Januar, als ich das Vergnügen hatte, den Kranken den Kollegen Dres. Roth, Kracht, Fogeler, Lichatchew und Orlow vorzustellen, erreichten alle Erscheinungen des Myxödems beim Patienten ihre höchste Entwickelung, und die komplementäre Schilddrüse erreichte zu dieser Zeit den Umfang zweier aneinandergelegter Haselnüsse.

Da ich alle Erscheinungen eines erneuten Anfalles von Myxödem vor mir hatte, verordnete ich dem Kranken Thyreoidin, hergestellt von Dr. Walik in Moskau nach der Methode von White und vorher erprobt von Dr. Roth in der Klinik des Prof. Koschewnikow. Das Thyreoidin wurde dem Kranken anfangs zwei Tage lang zu 5 gran täglich gegeben, darauf steigerte ich alle drei Tage um 5 gran. In den ersten sieben Tagen erfolgten keine Veränderungen, weder im Allgemeinbefinden des Patienten, noch in Bezug auf die örtlichen Symptome, aber schon bei Verabreichung von 15—20 gran des Mittels täglich, besonders aber von 25 gran täglich, vermehrte sich die Harnmenge von 1200 cc auf 2500 cc in 24 Stunden; gegen Morgen begann leichter Schweifs den ganzen Körper zu bedecken, das Ödem des Gesichtes und der Handgelenke verringerte sich bedeutend, die Haare wurden glatter und glänzender, obgleich im Haarwuchs keine Veränderung erfolgte; die Nägel wurden elastischer; der Puls 84 in der Minute; von seiten des Herzens keine Komplikationen; nur im Kreuz, Füfsen und Händen erschienen ziehende Schmerzen, jedoch weit geringer ausgesprochen, als nach Gebrauch der rohen Schilddrüse, die Patient

früher erhielt. Die Temperatur hob sich abends von 36,2 auf 36,8°, morgens schwankte sie zwischen 37,0—37,2° C. Der Schlaf wurde häufig unterbrochen; das Allgemeinbefinden jedoch besserte sich. Zur Zeit des Gebrauches von 25 gran in 24 Stunden verschwand die komplementäre Schilddrüse fast vollständig. Als Patient 2 Tage hintereinander 25 gran eingenommen hatte, erkrankte er an ziemlich heftigem Durchfall, infolgedessen das Thyreoidin ausgesetzt wurde.

Nach Aussetzen des Thyreoidins erholte Patient sich schnell vom Durchfall und fühlte sich erträglich bis Mitte Februar; von da an bemerkte er, dafs die Handgelenke leicht zu schwellen begannen, und dafs auch das Gesicht unbedeutend anschwoll. In Berücksichtigung dessen, dafs die Symptome des Myxödems relativ bald nach Aufhören des Thyreoidingebrauches wieder auftraten, verordnete ich dem Kranken diesmal Thyreoidin White, in Tabletten, enthaltend jede 5 gran reinen Thyreoidins (Lloyd's Compressed Tablets Leicester. By Howard Lloyd & Co.), die ich durch die Apotheke von FERREIN aus Leicester verschrieben hatte. Dieses Mittel, das ich in eben solchen Dosen verabreichte wie das hiesige Thyreoidin, rief beim Kranken weder Schmerzen im Kreuz, noch ziehende Schmerzen in den Extremitäten, noch Magen- und Darmerscheinungen hervor, zeigte sich aber dafür auch von bedeutend schwächerer Wirkung auf die Harnabsonderung und überhaupt auf das Myxödem, wobei letzteres zwar abnahm, aber sodann auf dem status quo verblieb, ungeachtet der erhöhten Gaben von Thyreoidintabletten, von denen Patient 35 Stück = 175 gran Thyreoidin im ganzen verbraucht hat.

In Anbetracht der geringen Wirksamkeit des Thyreoidin Howard Lloyd & Co. unterbrach ich seine Anwendung auf eine Woche und ging darauf zum Gebrauch von Tabletten aus trockener Schilddrüse, zubereitet von Apotheker FERREIN nach der Methode von LUDWIG NIELSEN (angegeben in seiner Arbeit: *Behandlung von Myxoedema mittelst pilulae glandulae thyreoideae siccae*), geprüft von HASLUND.

L. NIELSEN verwandte zur Behandlung des Myxoedema getrocknete, pulverisierte Schilddrüse in Pillenform, indem er mit einer Pille begann und die Dosis bis auf 40 Pillen täglich steigerte, was ½ der Thyreoidea des Kalbes ausmacht. (Die Zubereitung des Pulvers der Drüse ist von NIELSEN angegeben in *dieser Zeitschrift*. Bd. XVIII. pag. 115 ff.) HASLUND vermischte bei Verwendung des trockenen Pulvers letzteres mit Zuckersirup und Kakaobutter, um den spezifischen Geruch der Drüse zu beseitigen, und verabfolgte dem Patienten täglich zwei Pillen, von denen jede je 0,5 der pulverisierten Drüse enthielt; er stieg bis acht Pillen täglich, was ½ Drüse ausmachte. (*Sem. médicale.* 14 février. 1894.)

Auf meinen Vorschlag bereitete Apotheker FERREIN aus pulverisierter Ochsenschilddrüse (vorher mikroskopisch untersucht) Tabletten, welche ich

die Ehre habe der Gesellschaft vorzulegen. Sie gleichen vollständig den englischen, aus Thyreodin gemachten; jede enthält 2 gran reinen Schilddrüsenpulvers und aufserdem je 1½ gran Saccharum lactis und Natrium chloratum als Bindemittel — jede Tablette wiegt demnach 5 gran —. Gegenwärtig hat FERREIN schon eine hinreichende Menge von diesen Tabletten vorrätig, man kann sie verschreiben als: Trochisci glandulae thyreoideae siccae gr. V.

Von diesen Tabletten verordnete ich dem Patienten anfangs eine, am zweiten Tage zwei, und stieg täglich um zwei, bis Patient täglich sieben einnahm. Die ganze Zeit hindurch befand sich Patient in der unmittelbaren Beobachtung des Kollegen SPERANSKI. Nach Gebrauch von sieben Tabletten täglich fühlte Patient des Nachts anfallsweise starke Krämpfe in den Beinen, die ihn vor Schmerz alle 10—15 Minuten aufwachen liefsen; es entwickelte sich hochgradige Schwäche, die Harnmenge stieg auf 2500 cc, die Temperatur bis 38° C., wobei das Ödem des Gesichts, der Handgelenke und Knöchel bedeutend abnahm. Alle diese Erscheinungen erinnerten Patienten an ebendieselben Veränderungen bei Behandlung mit roher Schilddrüse. Mit dem Aussetzen der erwähnten Tabletten aus trockener Schilddrüse begannen alle diese unangenehmen Erscheinungen, obzwar langsam, zu schwinden, die Temperatur fiel zur Norm, Patient schwitzte, die Harnmenge betrug 1400 cc, wobei Trockenheit im Munde erschien, sowie etwas vermehrter Durst.

In Anbetracht der sich einstellenden, wenn auch geringgradigen, Andeutungen von Polydipsie, wie auch des Umstandes, dafs Patient seit langer Zeit keine spezifische Behandlung durchgemacht hatte, erteilte ich ihm den Rat, sich einer Sublimatinjektionskur an den Schwefelquellen von Pjâtigorsk zu unterziehen.

Die viermalige Behandlung des Myxoedema unseres Kranken, und zwar 1) mit roher Schilddrüse, 2) mit dem Thyreoidin White, hergestellt von Dr. WALIK, 3) mit Thyreoidin aus der Fabrik Howard & Lloyd, und endlich 4) mit dem Pulver getrockneter Schilddrüsen, hergestellt von Apotheker FERREIN nach der Methode von LUDWIG NIELSEN zusammenfassend, legt man sich unwillkürlich die Frage vor, welches von diesen Mitteln sich am wirksamsten erwies?

Es versteht sich von selbst, dafs es nach einem Falle schwer, ja fast unmöglich ist, irgend einen bestimmten Schlufs über den Grad der Wirksamkeit eines Präparates auf das Myxödem zu ziehen, und dieses um so mehr, als das Myxödem unseres Patienten kein reines, sondern durch Syphilis bedingt war. Ferner ist es auch deswegen schwer, die Wirksamkeit dieser Mittel vergleichend abzuschätzen, weil Patient durch den Gebrauch des Ferments der Schilddrüse in verschiedener Form sich an dasselbe gewöhnt hatte, doch läfst sich unserer Beobachtung entnehmen, dafs

auf den Kranken die rohe Schilddrüse am stärksten wirkte, demnächst die trockene Schilddrüse, hierauf das Thyreoidin White, hergestellt von Dr. Walik, und am schwächsten das Thyreoidin der Fabrik Howard & Lloyd.

In Anbetracht der Unbequemlichkeiten, die mit der Beschaffung von Schilddrüsen im rohen Zustande, besonders in der heifsen Zeit, verbunden sind, können wir mit Vergnügen die Tabletten aus pulverisierter, getrockneter Schilddrüse des Ochsen empfehlen, die unser Apotheker Ferrein auf meinen Vorschlag nach der Methode von Ludwig Nielsen hergestellt hat.

Aus der Praxis.

Über Jodvasogen.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Die von F. W. Klever in Köln hergestellten oxygenierten Vaseline, die sogenannten Vasogene, sind mit Sauerstoff imprägnierte Kohlenwasserstoffe und zeichnen sich dadurch aus, dafs sie Lösungsmittel für viele in der Dermatologie gebräuchliche Medikamente sind und wegen ihrer Emulsionsfähigkeit zu schneller Resorption der in ihnen gelösten Arzeneistoffe beitragen. Durch die Arbeiten von Dahmen[1] und Bayer[2] sind die Vasogene bakteriologisch und therapeutisch geprüft und gewürdigt worden.

Ich erhielt von Klever ein 6%iges Jodvasogen, mit welchem ich bei 50 Patienten Versuche anstellte. Es kamen zur Behandlung:

1. 15 Fälle von Epididymitis blennorrhoica. Hiervon waren 8 chronisch und 7 akut. Bei den ersteren handelte es sich durchweg um indurative Formen. Aufser Tragen eines gut sitzenden Suspensoriums wurden nur zwei- bis dreimalige tägliche Jodvasogeneinreibungen verordnet. Die akuten Fälle heilten in 8 bis 20 Tagen. Von den chronischen heilten 5 mit völliger Resorption, die 3 übrigen aber besserten sich wesentlich in 14 Tagen bis 4 Wochen.

2. 10 Fälle von Lymphadenitis inguinalis incipiens, im

---

[1] Dahmen, Bakteriologische Untersuchungen über die baktericide Kraft der Vasogene. *Centralbl. f. Bakteriol.* 1893. No. 22.

[2] Bayer, Über den therapeutischen Wert der Kohlenwasserstoffe. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 39.

Anschlusse an Ulcus molle entstanden. Es gelang jedesmal in verhältnismäfsig kurzer Zeit, in 8 Tagen bis 4 Wochen, die Eiterung hintanzuhalten und völlige Heilung herbeizuführen.

3. 4 Fälle von Lymphadenitis inguinalis purulenta wurden in keiner Weise durch Jodvasogeneinreibung beeinflufst.

4. 12 Fälle von Lymphadenitis cervicalis. Von diesen Adenitiden beruhten mit Sicherheit 6 auf luetischer Basis. Bei diesen trat zweimal völlige Resorption, dreimal Verkleinerung ein; einmal war kein Erfolg zu verzeichnen.

Die übrigen 6, augenscheinlich tuberkulöser Natur, kamen zwar nicht zu vollkommener, aber doch teilweiser Resorption.

5. 5 Fälle von Pharyngitis, resp. Angina luetica secundaria heilten in wenigen Tagen durchweg durch wiederholtes Pinseln mit Jodvasogen.

6. 2 Fälle von Ulcus cruris specificum heilten unter Jodvasogeneinreibung mit Zinkleimverband in 4—8 Wochen.

7. 1 Fall von Periostitis ossis nasalis wurde durch dreiwöchentliches Jodvasogen-Einreiben und internen Jodrubidiumgebrauch in $3^1/_2$ Wochen völlig mit Erhaltung des Knochens geheilt.

8. 1 Fall von Skrophuloderma der Hals- und Unterkiefergegend, kompliciert mit kolossalem Lupus der Nase und der beiden Wangengegenden, besserte sich zusehends unter Jodvasogeneinreibung. Besonders das durch den Lupus hervorgerufene Ödem der Nase und der angrenzenden Wangenpartien wurde entschieden günstig beeinflufst. Der Inhalt des Skrophulodermas war teilweise völlig verkäst, hingegen die Haut darüber wenn auch papierdünn, gut erhalten. Es wurden täglich $^1/_2$ g Jodvasogen in das Skrophuloderma subkutan mit Pravazspritze injiciert. Der Erfolg war ein guter; der bis dahin fortschreitende Prozefs kam sofort zum Stillstand. Die käsigen Massen stiefsen sich zum Teil ab, zum Teil wurden sie resorbiert. Bei dem direkt unter dem Kinne sitzenden Herde trat völlige Vernarbung ein, während die in der Unterkiefergegend sitzenden Knoten sich wesentlich verkleinerten, aber nicht zum Verschwinden gebracht werden konnten.

Fassen wir nun die mit dem Jodvasogen gemachten Erfahrungen kurz zusammen, so fällt zunächst in die Augen, dafs es ein vollkommenes Ersatzmittel der Tinctura jodi und anderer in der dermatologischen Praxis üblichen Jodpräparate ist. Dabei hat das Jodvasogen entschiedene Vorzüge. In keinem Falle beobachtete ich eine Joddermatitis. Ferner sind die Eigenschaften des Jods in Verbindung mit dem Vasogen prägnanter und deutlicher. Unser Präparat wird aufserordentlich schnell verflüchtigt, wovon das völlige Verschwinden der Jodfärbung kurz nach dem Einreiben Zeugnis ablegt. Die geradezu hervorragende Tiefen-

wirkung, z. B. bei chronischen harten epididymitischen Infiltraten, beweist, dafs verhältnismäfsig viel von dem sich verflüchtigenden Jod zur Wirkung gelangt. Für die ambulatorische Verwendung in der besseren Praxis macht dieser Komplex guter Eigenschaften mir das Jodvasogen als Jodträger unentbehrlich. Nicht unerwähnt mag bleiben, dafs das Jodvasogen in dem Falle von Skrophuloderma gute Dienste leistete.

Die Indikationen für das Jodvasogen sind nach meinen Erfahrungen kurz folgende:

1. Bei der blennorrhoischen akuten und chronischen Epididymitis.

2. Bei den beginnenden Leistendrüsenentzündungen im Anschlusse an weiche Schanker.

3. Versuchsweise bei allen Formen von Drüsenschwellungen.

4. Bei syphilitischen und tuberkulösen Haut- und Schleimhautaffektionen.

Es verdient mithin das Jodvasogen wegen seiner hervorstechenden Vorzüge, nämlich des Fehlens jeder Reizwirkung, der Farblosigkeit, der schnellen, prompten, lokalen Jodwirkung einen dauernden Platz im dermatologischen Arzneischatze.

Versammlungen.

Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1893.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 33.)

Über luetische Verwachsungen in den oberen Luftwegen. (Demonstration.) P. Heymann stellt drei Fälle vor:

1. Syphilitische Frau, vier gesunde Kinder, ein Abort; viele Syphilide und Iritis durchgemacht. Trotz antiluetischer Behandlung entstehen ein stets fortschreitendes Geschwür an der hinteren Rachenwand, das auf den Gaumen übergreift, gummöse Ulcerationen der Epiglottis und der oberen Kehlkopfapertur. Eine Angina mit peritonsillärem Abscefs macht Tracheotomie notwendig. Da erst beginnt unter Jodgebrauch die Vernarbung. Die hinteren Gaumenbögen verwachsen mit der hinteren Rachenwand, so dafs nur eine schlitzförmige Öffnung nach dem Nasenrachenraume übrig bleibt. Auch der Zungengrund ist mit der hinteren Rachenwand verwachsen; es bleibt nur eine Öffnung von Kleinfingerdicke, welche nach dem Larynx und Oesophagus führt.

Die Epiglottis ist unförmlich verdickt, adhäriert an einer Seite auch an die narbige Rachenwand. Von Interesse ist, dafs erst nach der Tracheotomie Heilungstendenz sich bemerkbar machte.

2. Ein hereditär luetischer junger Mann, dessen Eltern und Schwester luetisch sind, begann im 15. Lebensjahre heiser zu werden. Es besteht ein Loch im weichen Gaumen, die Uvula fehlt, der rechte hintere Gaumenbogen ist mit der Rachenwand

verwachsen, im Nasenrachenraume nur unbedeutende Narbenbildung; Epiglottis rechts kürzer, Ligamentum epiglottideopharyngeale sehr verdickt und verkürzt, der rechte Aryknorpel sehr vergrößert und nach innen luxiert; das rechte Stimmband unbeweglich; unterhalb des freien Randes der Stimmbänder eine fleischige Membran vier Fünftel der Glottis einnehmend.

3. Das hereditär luetische Mädchen zeigte im Alter von 11—12 Jahren Affektionen der Haut, der Handteller, der Lippen, Aplasie des Zungengrundes, ein Gumma der Zunge. Alle Affektionen schwanden unter Narbenbildung auf eine antiluetische Kur. Im Gesicht entwickelte sich auf Grund der Narben wirklicher Lupus; starke Reaktion auf Tuberkulin. Daneben bestand damals schon eine Verwachsung der falschen Stimmbänder. Jetzt, wo die Patientin herangewachsen ist, findet man: hintere Gaumenbögen mit der Rachenwand verwachsen; Uvula narbig verkleinert; Zungenwurzel mit seitlicher und hinterer Pharynxwand verwachsen; Epiglottis fast zerstört; vom unteren Teil derselben eine narbige Falte nach den Aryknorpeln hinziehend; rechts diese Falte geschwürig zerstört; linkes Stimmband zerstört, narbige Verziehung.

Sodann stellt Rosenberg drei Fälle vor:

1. **Primäraffekt der Tonsille**, wahrscheinlich inficiert durch Benutzung derselben Kaffeegeschirr mit einem Syphilitiker.

2. **Beginnende Stenose des Larynxeinganges auf luetischer Basis.** Zungengrund geschwürig; Epiglottis bis auf einen Stumpf zerstört, mit dem Zungengrunde verwachsen; die aryepiglottischen Falten geschwürig; rechtes Taschenband und Stimmband rot, verdickt. Unter Jodkalium schnelle Vernarbung.

3. **Stenose des Larynx**; Epiglottis durch Narben in den aryepiglottischen Falten gegen den Larynxeingang angezogen; fast vollkommenes Fehlen des linken Aryknorpels; Stimmbänder liefsen nur hinten einen schmalen, dreieckigen Spalt. Besserung durch Schröttersche Hohlbougies.

Über Nasensyphilis spricht C. Demme. An der Hand eines Falles von luetischer Erkrankung des Naseninnern mit stinkendem Sekret zeigt Verfasser, wie die Syphilis auch zu einer Erweiterung in den oberen Luftwegen führen kann, indem Septum und Muscheln vollkommen zerstört werden. Der Vortragende demonstriert das Präparat von der durch Selbstmord zu Grunde gegangenen Patientin.

Diskussion.

G. Behrend bestätigt bei dem von Heymann vorgestellten Falle, dafs die Gesichtsaffektion jetzt eine lupöse ist. Betreffs der Initialsklerose bei dem von Rosenberg demonstrierten Fall weist Behrend darauf hin, dafs auch zerfallene Plaques zu tiefen Ulcerationen an den Tonsillen führen und dafs bei dem Patienten an der Glans penis eine kleine Härte zu finden sei.

Scheinmann bezweifelt die therapeutische Bedeutung der Tracheotomie; dieselbe sei nur als Indicatio vitalis berechtigt.

Lublinski weist auf die Wichtigkeit einer roborierenden Behandlung hin, wenn in Fällen von Syphilis die antiluetische Therapie versagt.

Rosenberg erwidert Behrend, dafs bei dem Patienten mit dem Geschwür an der Tonsille die Veränderung am Penis erst nach dem Auftreten der Erscheinungen an den Mandeln eingetreten sei; die Tonsille ist also der Sitz des Primäraffektes.

Es beteiligen sich noch an der weiteren Diskussion: B. Fraenkel, Treitel, Scheinmann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau.

Sitzung vom 2. Februar 1894.

(*Dtsch. med. Wochenschr. Vereinsbeilage.* 1894. No. 11.)

Neisser demonstriert:

1. **Tertiäre Syphilis, Perforation des harten Gaumens, Jodakne.** Wegen letzterer erhält der Patient jetzt Jodrubidium, das vor dem Jodkalium grofse Vorzüge hat. Der Geschmack ist milder, der Magen verträgt es besser, das Herz wird weniger alteriert. Das Jodkalium ist nach den Ausführungen des Dr. Erdmann, des Darstellers des Jodrubidiums, dem Jodnatrium weit überlegen; will man diese Überlegenheit dem höheren Molekulargewichte zuschreiben, dann ist das Jodrubidium weit vorzuziehen, denn sein Molekulargewicht ist 212 gegenüber Jodkalium 166 und Jodnatrium 150.

2. **Sehr schmerzhafte Schwellung des linken Hand- und Sternoklavikulargelenks** bei einer zur probeweisen antiluetischen Behandlung der Klinik überwiesenen 27jährigen Patientin. Diese war mit Schwellung zahlreicher Gelenke erkrankt, Natrium salicylicum hatte nichts genützt. Schliefslich hatte sich der Prozefs in den obengenannten Gelenken lokalisiert, die spindelförmig gestaltet waren. Es bestand universelle Drüsenschwellung. Es konnte Blennorrhoe vorliegen, da ein vor acht Wochen geborenes Kind an Blennorrhoe erkrankt war und Gonokokken in der sonst normalen Urethra gefunden wurden. Andererseits war Lues möglich, da der Mann luetisch war; sie hatte allerdings keine Erscheinungen gezeigt. Schliefslich liefs die Spindelform auch an Tuberkulose denken. Jodkalium, 4,0—5,0 pro die, hat schnell Besserung gebracht, die Schwellung hat abgenommen, die Schmerzen sind sehr geschwunden. Man kann daraus nicht ohne weiteres auf luetische Gelenkentzündungen schliefsen, vielmehr erscheint noch immer nach dem klinischen Verlaufe eine blennorrhoische Metastase das Wahrscheinlichste.

3. **Einen Fall von multiplem, idiopathischen Pigmentsarkom (Kaposi).** Bei einem 22jährigen Manne entstanden vor 4—5 Jahren schmerzlos an der ersten und zweiten Zehe beider Füfse hühneraugenartige Warzen, zwei Jahre darauf ähnliche Gebilde an verschiedenen Stellen von Fufsrücken und Fufssohle; sie waren blaurot, wenig erhaben, glatt, derb, rund oder länglich, ca. 1 cm im Durchmesser. Auch an der Dorsalfläche der rechten Hand fanden sich zwei Knötchen, die aber später schwanden. Im verflossenen Jahre vergröfserten sich die alten Efflorescenzen, neue entstanden; Ödem der Beine, grofse Schmerzhaftigkeit gesellten sich hinzu. Jetzt sieht man zahlreiche, braun, schwarz- oder graurötliche Flecken und zum Teil rissig zerfallene, zum Teil eine glatte Oberfläche zeigende Knoten.

Der Vortragende nimmt keinen Anstand, das Leiden gleich Kaposi den Sarkomen zuzuzählen, welche alle bösartige Bindegewebszellenwucherungen umfassen. Die Bezeichnung „Pigmentsarkom“ ist aber unrichtig, da die Ursache der Verfärbung nach Kaposis eigenem Ausspruche Kapillarhämorrhagien sind. Therapeutisch wäre im Beginne die Exstirpation zu versuchen.

Mikulicz kann die Bezeichnung „Sarkom“ nicht für passend halten, da der klinische Verlauf doch sehr abweiche von dem bei Sarkomen bekannten. Ihm erscheint das Leiden wie ein chronischer Infektionsprozefs. Er will die gröfsten und schmerzhaftesten Knoten entfernen und die Defekte mit ungestielten Hautlappen nach Krause decken.

H. Leyden demonstriert eine **blennorhoische Mundaffektion** bei einem sieben Tage alten Säuglinge, die durch schwache Sublimatlösungen in neun Tagen geheilt wurde.

Hermann Cohn legt bei dieser Gelegenheit ein Wort für die Credéschen Ein-

träufelungen von 2%iger Argentum nitricum-Lösung zur Prophylaxe der Blennorrhoe ein. Diese schade niemals. Auch den Hebeammen müfste dieses Verfahren erlaubt sein.

Kuestner erwidert, dafs die Sublimatlösungen in dieser Richtung dasselbe leisten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verein der Ärzte in Steiermark.

Sitzungen vom Januar bis März 1894.

(*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 33.)

Über Ekzem spricht Prof. Jarisch. Man hat sich in der letzten Zeit bemüht, den klinischen Begriff Ekzem durch den ätiologischen zu ersetzen. Der Vortragende billigt das nicht; bisher bilden noch immer die sichtbaren Hautveränderungen die festeste Basis für jede Einteilung. Die Therapie des Ekzems verbietet vor allem eine Vielgeschäftigkeit.

Allgemeine Krankheitszustände müssen berücksichtigt werden. Arsenik leistet besonders bei anämischen Zuständen gute Dienste. Am wichtigsten aber ist die Lokaltherapie. Bei Eccema papulatum mufs man alle Reize durch Kleider, Kratzen etc. fernhalten. Gut wirken die Lassarsche Paste, die medikamentösen Leime und das Linimentum exsiccans Pick, das eingehend besprochen wird. Salben, Pflaster sind oft am Platze, Teer zuweilen unentbehrlich.

Über Cystitis der Kinder spricht Escherich. Es giebt auch bei Kindern saure Formen der Cystitis; solche Fälle bei Mädchen werden angeführt. Der häufigste Erreger ist das Bacterium coli commune, das per urethram oder direkt durch die Wandungen von Darm und Blase einwandern kann. Zur Therapie sind besonders Ausspülungen mit schwacher Kreolinlösung und Salol geeignet. Letzteres in grofsen Dosen bewirkt mitunter Nierenreizung; rote Blutkörperchen und Nierenepithelien finden sich im Harne.

Über Infektion von Kostkindern und Kostfrauen mit Syphilis spricht Loos. Der Vortragende berichtet über einen Fall, in dem die Kostfrau sich und ein Kostkind mit Syphilis inficierte, an der ein anderes Kostkind litt. Die Übertragung erfolgte wahrscheinlich durch den „Lutscher". Ähnliche Fälle von Infektion von Kostkindern, sowie von Infektion von Geschwistern werden berichtet. In letzteren handelt es sich um ein Elternpaar, welches sich mehrere Jahre nach der Ehe inficiert, hereditär-luetische Kinder zeugt, die dann ihre gesunden, älteren Geschwister anstecken.

Der Vortragende macht auf die Mangelhaftigkeit der Gesetzgebung betreffs des Haltens von Kostkindern aufmerksam.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verein St. Petersburger Ärzte.

Sitzung vom 15. Februar 1894.

(*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1894. No. 31.)

Zur operativen Behandlung der Varicen an den unteren Extremitäten, von Dombrowski. Der Vortragende kritisiert die Operationsmethoden von Madelung und Trendelenburg; ersterer exstirpiert die Vena saphena magna, letzterer unterbindet sie an der Grenze des mittleren und unteren Drittels, wie man es schon vor ihm gethan. Er begründet die Wirksamkeit dieses Verfahrens damit, dafs die Insufficienz der Venenklappen die Ursache der Stauungsdermatosen ist. Der Vortragende ist mehr für die Madelungsche Operation, als die radikalere; Gefahren bringt sie nicht. Die Bildung gröfserer Hautlappen, das Anlegen vieler Nähte ist nicht zu empfehlen. Hat man das Gefäfs oben abgebunden und durchtrennt, dann präpariert man es entlang dem Oberschenkel und Unterschenkel heraus; nur am oberen Ende des letzteren sind gröfsere Queräste vorhanden. Der Vortragende hat 15 Fälle

operiert (9 Männer, 6 Frauen), 4 mal beiderseitig; in 11 Fällen bestanden Unterschenkelgeschwüre. Geheilt entlassen sind 12, die übrigen befinden sich noch im Spital. Nur zweimal kam es zu erheblicher Eiterung; in dem einen Fall bestand eine Periphlebitis des zentralen Stumpfes mit Schüttelfrost, es wurde eine Ausräumung des eiterigen Thrombus nach Freilegung der Vene nötig. Über die Endergebnisse ist bei der Kürze der Zeit noch nichts zu sagen. Drei Fälle werden vorgestellt.

Wanach unterscheidet eine diffuse, mehr gleichmäfsige Erkrankung der Vena saphena magna und deren Äste und eine auf circumscripte Gefäfsgebiete beschränkte. Die beiden Typen unterscheiden sich anatomisch und pathogenetisch voneinander. Für die diffuse Erkrankung sind mechanische Verhältnisse, dauernde Blutdrucksteigerung durch Insufficienz der Triebkräfte oder Steigerung der Widerstände verantwortlich, für die umschriebene Erkrankungsform dagegen entzündliche Prozesse, die zur Periphlebitis und Geschwürsbildung führen. Ein Patient der letzteren Art wird demonstriert. Excision der Saphena magna, und dichtes Nähen hält auch er für gut.

Einen Fall schwerer Hysterie berichtet Hackel. Bei einem 15jährigen Mädchen trat bei jeder Menstruation ein neuer hysterischer Symptomenkomplex auf; das vierte Mal war es ein Ödem der Hände, Entstehung blutender Hautwunden an dieser Stelle, die unter Schorfbildung heilten, daneben an der Brust ein Herpes zoster hystericus.

Krouc sah bei einem hysterischen Knaben bläuliche Quaddeln an den von letzterem vorher bestimmten Stellen auftreten.

Petersen hat bei einem Patienten mit Erythema multiforme 2—3 mal wöchentlich subkutane Blutungen gesehen.

v. Schrenk, Kernig, Westpfahlen haben hysterische Mundblutungen gesehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

231. Sitzung.

Einen **Fall von Lupus** stellt Dr. Fordyce vor. Der Patient ist ein 3jähriger Knabe. Die Lupusstelle befindet sich am Daumenballen der linken Hand und wurde bereits vor zwei Jahren zum ersten Male entdeckt. Der Fall ist wegen des Auftretens des Lupus in so frühzeitigem Alter interessant.

Fall zur Diagnose, von Dr. Elliot. Die 40jährige Patientin leidet seit einigen Jahren an Syphilis. Einige Zeit später entwickelte sich an beiden Händen und Füfsen, namentlich an Handteller, Fufssohlen und Zehen, ein eigentümlicher, elephantiasisähnlicher, verruköser Zustand.

Diskussion. Die Meinungen bezüglich der Natur dieses Zustandes sind geteilt. Die einen Dermatologen halten sie für syphilitisch, die anderen glauben, dafs es sich um eine auf syphilitischer Basis entstandene ekzematöse Affektion handeln könne.

Elliot glaubt, der Fall gleiche in mancher Beziehung drei Fällen von Darierscher Krankheit, die er Gelegenheit hatte zu beobachten.

Einen **Fall von Urticaria pigmentosa** stellt Dr. Bronson vor. Der Patient ist ein 2½ Jahre alter Knabe, der die Affektion schon seit ca. 2 Jahren habe. Nach den Angaben der Mutter übe die Jahreszeit keinen merklichen Einfluſs auf die Intensität des Leidens aus. Dasselbe habe das Allgemeinbefinden des Knaben niemals gestört.

Dr. Morrow hat mehrere Fälle gesehen, bei denen die Urticaria factitia mehr ausgesprochen war, als in dem vorgestellten Falle.

Einige Doktoren weisen auf die geringe Tendenz des Leidens hin, sich zu bessern oder gänzlich zu verschwinden.

Dr. Lustgarten hat einen Fall bei einem 21jährigen jungen Manne beobachtet. Urticaria pigmentosa in einem solchen Alter sei ganz ungewöhnlich.

Dr. Elliot, Dr. Sherwell haben je einen Fall bei einem 32-, resp. 33jährigen Manne gesehen.

Dr. Taylor erinnert sich eines Falles vor 25 Jahren, zu einer Zeit, wo die Krankheit noch gänzlich unbekannt war und für hereditäre Syphilis gehalten wurde. Bei der kleinen Patientin machten sich gleichzeitig mit der Hautaffektion gastro-intestinale Störungen bemerkbar, weshalb bei der Behandlung vor allem auf eine strenge, zweckentsprechende Diät Gewicht gelegt wurde. Die Patientin wurde vollständig geheilt.

Dr. Bronson macht darauf aufmerksam, dafs die chronische Urticaria, welche Pigmentationen hinterlasse, nicht identisch wäre mit der Urticaria pigmentosa. Das hervorstechendste Merkmal der letzteren wäre die Wiederkehr der Quaddeln immer und immer wieder an derselben Stelle, wodurch es schliefslich zur Hyperplasie und Pigmentation komme. Pilokarpin habe in therapeutischer Beziehung nicht den erwünschten Erfolg gehabt.

Dr. Elliot hebt als ganz charakteristisches Zeichen der Urticaria pigmentosa hervor, dafs, wo Pigmentation zurückgeblieben ist, man an der Stelle stets durch Reizung eine Quaddel hervorrufen könne.

Einen **Fall von Mykosis fungoides** stellt Dr. Lustgarten vor. Der Patient ist 49 Jahre alt. Vor fünf Jahren bekam er eine Hautaffektion, die stark juckte und durch runde oder ovale, schuppige, ekzemartige Stellen charakterisiert war. Etwa drei Jahre später entwickelte sich in der rechten Jochbeingegend ein Tumor, der nach und nach die Gröfse eines Eies erlangte. Während des letzten Sommers wurde die ekzematöse Hautaffektion stärker, besserte sich aber wesentlich unter der Behandlung mit Pilokarpin, Arsen und lokalen Applikationen. Auch das Jucken liefs nach; ebenso ging der Tumor namentlich unter der energischen Arsenbehandlung zurück. Gegenwärtig sieht man auch noch einige tumorähnliche Efflorescenzen am linken oberen Augenlide und auf der Kopfhaut.

Diskusion. Dr. Fox hat vom Arsen bei Mykosis fungoides niemals einen besonderen Effekt gesehen. Wohl kam es vor, dafs die Tumoren spontan zurückgingen; die Patienten pflegten aber dennoch schliefslich an dem schweren Leiden zu sterben.

Dr. Sherwell meint, Dr. Fox unterschätze den Wert der Arsentherapie. Es stehe fest, dafs gewisse Tumoren, so beispielsweise Sarkome, günstig vom Arsenik beeinflufst werden. Er habe einen Fall von Melanosarkom in Behandlung gehabt, bei welchem die Geschwulst unter der Arsenmedikation vollständig verschwunden und bis ein Jahr später, wo er den Patienten aus dem Auge verloren habe, nicht wiedergekehrt sei.

Dr. Cutler meint, bei kleinen Tumoren sei Arsen angebracht und werde hier auch günstig wirken. Grofse Tumoren jedoch, wie der von Lustgarten demonstrierte, müfsten operativ behandelt werden.

Ein Fall von Eccema seborrhoicum, von Dr. Sherwell. Der Patient ist 63 Jahre alt. Der Ausschlag brach zuerst auf dem Kopfe, Gesichte und der rechten Seite der Sternalgegend aus und hat sich seitdem trotz zahlreicher Mittel ausgebreitet. Resorcin, Chrysarobin etc. haben nur vorübergehenden Erfolg gehabt. Innerlich kamen Salol und Tonica in Anwendung. Die Diskussion dreht sich um die Behandlung des seborrhoischen Ekzems.

Elliot, Fordyce, Lustgarten wollen dasselbe nur lokal behandeln. Elliot hat von innerlichen Medikamenten bei parasitären Affektionen, als welche wohl auch das seborrhoische Ekzem anzusehen ist, gar keinen günstigen Einfluſs wahrgenommen.

Ein Fall zur Diagnose, von Dr. Fox. Der Ausschlag bei dem jungen Manne trat vor sieben Jahren zuerst auf den Beinen auf, verbreitete sich allmählich über den ganzen Körper. Er verursacht leichtes Brennen, wird von der Jahreszeit nicht beeinflufst. Es scheint hier ein universelles Erythem vorzuliegen. Aber da man hier und da auch Papeln sieht, so könnte man an Lichen planus denken.

Die Meinungen sind geteilt. Eine bestimmte Diagnose läfst sich nicht stellen.

Fall zur Diagnose, von Dr. Robinson. Die Patientin ist 32 Jahre alt, verheiratet. Sie zeigt eine Affektion auf der rechten Seite der Stirn und der Schläfengegend derselben Seite. Die ersten Flecken entstanden vor zwei Jahren; neue bilden sich beinahe konstant.

Diskussion. Die Diagnose schwankt zwischen Naevus verrucosus (Elliot, Fordyce, Lustgarten), Adenoma sebaceum (Sherwell), Warzen (Bronson, Cutler, Jackson, Taylor) und Naevus mollusciformis unius lateris (Klotz).

Dr. Robinson pflichtet der Diagnose „Warzen" bei.

Ein Fall von kongenitaler Ichthyosis wird von Dr. Sherwell vorgestellt

C. Berliner-Aachen.

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

18. ordentliche Versammlung am 9. März 1894.

Der zuerst vorgestellte Fall betraf eine **eigentümliche Lokalisation von Psoriasis.** — M. D., 22 Jahre alt, kam zu Dr. Sherwell wegen eines schuppigen Ausschlages am Gesicht und Hals. Nebenbei leidet Patient an Rheumatismus.

Dr. Morton machte auf die eigentümliche Verteilung des Ausschlages aufmerksam und sagte, derselbe könne bei oberflächlicher Betrachtung leicht für ein schuppendes Syphilid gehalten werden. Er erwähnte einen von ihm im Kings County Hospital behandelten Fall, bei welchem die Läsionen mit denen des eben vorgestellten Psoriasiskranken grofse Ähnlichkeit aufwiesen.

Ferner zeigte Dr. Sherwell einen Fall von **multiplen Hautgummata** und betonte dabei die langsame Entwickelung dieser kutanen Erzeugnisse der Syphilis. An der Nase findet sich ein einem sarkomatösen Gewächs ähnliches Gumma.

Dr. Morton warf die Frage auf, ob es möglich sei, dafs hier thatsächlich ein Sarkom vielleicht vorliege, worauf Dr. Sherwell erwiderte, dafs ihm zur Stütze seiner Diagnosse ein ganz vollständiger Krankenbericht zur Seite stehe. Dr. Morton sagte, dafs zweifelsohne die langsame Entwickelung der Rückbildung bei Hautgummata des Gesichtes durch die träge Blutcirkulation an diesen Teilen bedingt sei. Dr. Sherwell stimmte in dieser Beziehung mit ihm nicht überein, meinte aber, dafs dies in der Regel bei allen Gesichtsgummata zutreffe.

Dr. Mosher berichtete über einen in mancher Beziehung dem vorgestellten ähnlichen Fall, bei welchem unter gemischter Behandlung schnelle Heilung eintrat.

Dr. Morton stellte einen Fall von **seitlicher Verbiegung des Penis**, veranlafst durch eine vor acht Monaten acquirierte Blennorrhoe, vor. Dr. Raynor hält die Affektion für eine einfache Infiltration des Corpus spongiosum infolge einer akuten Chorda. Dr. Mosher bezeichnete den konstanten Strom als die geeignete Behandlung, da derselbe der Resorption förderlich sein würde.

Dr. Sherwell äufserte die Ansicht, dafs vielleicht ein gummöser Herd vorliegen könnte.

James MacFarlane Winfield, Schriftführer.

19. ordentliche Versammlung am 13. April 1894.

Dr. Sherwell stellte einen Fall von idiopathischer, **kongenitaler Tylosis** vor. Fräulein A. G., 17 Jahre alt, in den Vereinigten Staaten geboren. Es findet sich an den Handtellern und Fufssohlen in ziemlicher Ausdehnung ein deutlich entwickelter

Callus, welcher in geringerem Grade von der Geburt an vorhanden gewesen war, aber seit ihrem siebenten Lebensjahre immer entschiedener sich entwickelt hatte. Sie hat niemals irgend eine eingehendere Behandlung erfahren, so dafs die Möglichkeit einer Entstehung durch Arsenikwirkung auszuschliefsen ist. Beim Gebrauche von Salicyl- und Resorcinsalbe hat sich die Affektion bereits zu bessern angefangen. Die Salbe enthält 0,6 Resorcin und 1,88 Salicylsäure auf je 28,3 g.

Ferner stellte Dr. Sherwell einen Fall von **Lupus erythematosus** vor. Die Läsionen waren gerade in der Mitte der beiden Wangen lokalisiert und hatten vor etwa einem Jahre als kleine, rundliche und etwas schuppende Stellen begonnen. Allmählich hat sich die Affektion weiter ausgedehnt und hat jetzt die Gröfse von ungefähr einem Fünfzigcentsstück erreicht. Die Behandlung war ausschliefslich eine externe gewesen und hatte in der Applikation der Lotio alba bestanden.

James MacFarlane Winfield, Schriftführer.

20. ordentliche Versammlung am 11. Mai 1894.

Dr. Jewett stellte einen Fall von **Scabies** vor in der Absicht, die üble Wirkung einer übermäfsigen Behandlung zu demonstrieren. Der ganze Körper war mit Schuppen und gelben Borken bedeckt, und bei jeder einzigen Bewegung hatte das Kind infolge der Hautschwellung entschieden Schmerzen.

Dr. Winfield stellte einen 17jährigen Knaben mit **neurotischem Ekzem** vor. Während der letzten vier Jahre hat er eine ganze Anzahl von Anfällen gehabt. Der Ausschlag tritt immer zuerst am Munde hervor und entwickelt sich fast immer plötzlich. Gegenwärtig ist der Mund von einem etwa 2 Zoll breiten, vollständigen Ringe umgeben; derselbe ist ungefähr $^1/_8$ Zoll von der zinnoberroten Lippengrenze entfernt und ist zum Teil akut entzündet, während das Übrige trocken und mit dünnen Schuppen bedeckt ist. Dr. Winfield erwähnte speziell noch, dafs der Knabe bis zur Zeit der Pubertät niemals an irgend einer Hautkrankheit gelitten hatte, und dafs die Untersuchung der Genitalien das Vorhandensein einer engen und adhärenten Vorhaut ergeben hatte. Das Allgemeinbefinden des Patienten war ein gutes, und alle Behandlung schien vergeblich zu sein. Zu Zeiten verschwand die Affektion, kehrte aber dann sofort bei jeder geringsten nervösen Störung wieder. Die Therapie soll in der Abtragung des Präputiums bestehen, da angenommen wird, dafs die abnormen Verhältnisse an den Genitalien einen reflektorischen Reiz auslösten, welcher hinreichte, um die Hautaffektion hervorzurufen. Dr. Raynor citierte mehrere Fälle von neurotischem Ekzem, bei denen operative Eingriffe an den Genitalien eine günstige Wirkung in der Bekämpfung der Krankheit ausgeübt zu haben schienen.

Dr. Morton stellte ebenfalls einen Fall von **neurotischem Ekzem** vor. Die Krankheit trat bei dem neunjährigen Knaben vor etwa einem Jahre zuerst auf, und zu Zeiten ist die ganze Hautfläche ergriffen; gegenwärtig sind aber nur Gesicht, Hals, Vorderarme und Gesäfs afficiert. Der Anfang ist, wie sonst bei den neurotischen Ekzemen, immer ein akuter, und die Mutter kann ein Recidiv einen oder zwei Tage vor der Attacke auf Grund des akuten, prämonitorischen Erythems vorhersagen. Der Patient ist blafs und sehr nervös und hat eine lange und adhärente Vorhaut.

James MacFarlane Winfield, M. D., Schriftführer.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 29. Heft 1.

I. **Über Syphilis der Parotis und der Glandula sublingualis**, von J. Neumann-Wien. Verfasser bespricht kurz die Litteratur, die im ganzen sehr spärlich ist. Von syphilitischen Erkrankungen der Speicheldrüsen (Glandula submaxillaris, sublingualis, Parotis, Pancreas) ist nur die Erkrankung des Pancreas infolge hereditärer Syphilis anatomisch genau festgestellt. Verfasser hat in den letzten Jahren an seiner Klinik sechs Fälle beobachtet. In fünf Fällen (4 Weiber, 1 Mann) war die Parotis beiderseits erkrankt; der sechste Fall zeigte eine gummöse und ulceröse Affektion der Glandula sublingualis und der Blandin-Nuhnschen Drüse.

Fall 5 zeigt neben anderen syphilitischen Symptomen die Regio parotideomasseterica rechterseits hervorgewölbt. Die rechtsseitige Parotis läfst sich als eine elevierte, schmerzhafte, drüsig unebene Geschwulst durchfühlen. Es besteht starke Salivation.

Fall 6 zeigte bei ihrer letzten Aufnahme im Dezember 1893 linkerseits eine haselnufsgrofse Kubitaldrüse; die Gaumenbögen sind gerötet. In der Zungenspitze, rechts von der Mittellinie, sieht man einen haselnufsgrofsen, derben, scharf umschriebenen Knoten, der die untere, des Epithels stellenweise beraubte Zungenfläche etwas vorwölbt. An Stelle der Caruncula sublingualis und der Basis des Zungenbändchens befindet sich ein über bohnengrofses, ovales Geschwür mit infiltrierten, livid geröteten, überhängenden, mehrere Millimeter weit unterminierten Rändern. Die Basis des Geschwüres ist mit einem graugelben, sehr festhaftenden Belage versehen. Aus dem Geschwüre sickert klare Speichelflüssigkeit. Die Salivation ist stark und belästigt die Patientin aufserordentlich. Die beiden zwischen Zunge und den unteren Zähnen am Boden der Mundhöhle verlaufenden Schleimhautwülste erscheinen geschwollen, dunkelgerötet, infiltriert. Sprachstörung besteht nicht, nur Schmerzhaftigkeit beim Kauen und Schlucken.

Unter einer energischen Quecksilberbehandlung bessert sich der Zustand der Patientin wesentlich; die Drüsenschwellung, die Infiltration nimmt ab, die Menge des abgesonderten Speichels vermindert sich stetig, die Nuhnsche Drüse schwillt ab und wird weicher. Nach 80 Injektionen mit Asparaginquecksilber und Jodkaliumgebrauch wird die Kranke als geheilt entlassen.

II. **Über die Behandlung des Favus mit Wärme**, von F. Zinsser-Bern. Die an Kulturversuchen mit dem Favuspilze gemachte Beobachtung, dafs der Pilz gegen höhere Temperaturen sehr empfindlich ist, veranlafste den Verfasser, den Einfluss dieser höheren Wärmegrade auf das Wachstum des Favuspilzes genauer zu prüfen und dann den Versuch zu machen, durch Anwendung von Wärme den Favus am Menschen günstig zu beeinflussen, resp. zu heilen.

Die Resultate waren folgende.

Pilzaufschwemmungen von in sterilisierter Kochsalzlösung verriebenen Agarkulturen wurden bei einer Temperatur von 45°, Bouillonaufschwemmungen bei 50° nach zwei Stunden, Agarkulturen bei 50° nach 4—6—18 Stunden abgetötet.

Daraufhin wurden Versuche an Menschen angestellt.

Fall 1. Patient ist 13 Jahre alt, kommt mit einem ausgebreiteten Recidiv in die Klinik. Auf dem ganzen Kopfe sieht man in mehreren gröfseren und kleineren

Herden zahlreiche Scutula und massenhafte pilzhaltige Haare. Der Kopf wurde gründlich mit Seife gereinigt und glatt rasiert, sodann mit einer mit 3% Karbolwasser getränkten Kompresse bedeckt, über die eine dicht anliegende Leiterache Spirale gelegt wird. Durch die Schlange wird warmes Wasser geleitet, welches dauernd auf 52° bis 55° C. gehalten wurde. Die Behandlung wurde von morgens bis abends ununterbrochen fortgesetzt; nachts wurde der Kopf vollständig freigelassen. Die Karbolkompressen wurden später, als der Urin Karbolfärbung zeigte, durch 2‰ige Sublimatkompressen ersetzt. Die Behandlung wurde nach acht Tagen abgeschlossen und Patient vollkommen unbehandelt gelassen. Nach Verlauf von zwei Wochen ist im ganzen ein entschiedener Erfolg zu verzeichnen. An einzelnen Stellen finden sich noch Schuppen, in denen Pilze nachweisbar sind. Es wird in geringer Menge Borvaselin appliciert, um die Schuppen zu erweichen und zu entfernen. 27 Tage nach Schluſs der Behandlung ist die Kopfhaut vollkommen glatt, nirgend eine Spur von Schuppung oder von Scutulumbildung. Patient wird als geheilt entlassen. Die Haare wachsen sehr rasch nach.

Es wurden vier andere Fälle in ähnlicher Weise mit Wärme behandelt. In einem derselben war das Resultat vollständig negativ, in den drei übrigen wurde zwar Heilung erzielt, doch ist das Resultat kein ganz einwandfreies, weil bereits eine längere anderweitige Behandlung vorangegangen war.

Beiläufig bemerkt Verfasser, daſs in Prof. Lesserz Klinik ein Favuspatient mit einer regelrechten Schmierkur von 60 Einreibungen mit Unguentum cinereum auf den glatt rasierten Kopf vollkommen geheilt wurde und auch geheilt blieb.

III. **Ein Fall von einem sog. wahren Keloid, kombiniert mit Narbenkeloid,** von J. Schütz - Frankfurt a. M. Es handelt sich bei der Patientin um ein Recidiv eines ursprünglich wahren Keloids an typischer Stelle auf der Brust und um ein Narbenkeloid des rechten Armes.

Interessant ist in dem vorliegenden Falle das frühe Auftreten des Narbenkeloids vor der Pubertät (im Anschluſs an die Impfung).

Makroskopisch fiel an dem excidierten Spirituspräparate auf, 1. daſs die eigentliche Keloidmasse, welche sich durch einen hellweiſsen sehnigen Farbenton abhob, im Corium sich befand und vollständig circumskript begrenzt war, und 2., daſs der normale Papillarkörper, durch einen Streifen gesunden Gewebes von der Geschwulst getrennt, oberhalb letzterer unversehrt lag. Verfasser beschreibt ausführlich den mikroskopischen Befund und stellt auf Grund des klinischen und mikroskopischen Bildes folgende Thesen auf:

1. Der Begriff „Keloid“ ist in erster Linie klinisch und erst in zweiter Linie pathologisch-anatomisch charakterisiert.

2. Klinisch ist besondere individuelle, oft auch familiäre, noch unbekannte Disposition hervorzuheben, welche namentlich an Prädilektionsstellen Keloid entstehen und nach Exstirpierung recidivieren läſst.

3. Ist gerade durch diese Disposition und Recidivfähigkeit ein strenger Unterschied von der gelegentlich oder unter bestimmten Bedingungen entstehenden Hypertrophie einer Narbe gegeben, welche sich oft leicht und dauernd beseitigen läſst.

4. Aus denselben Gründen erweist sich auch das Keloid different von den gewöhnlichen Fibromen.

5. Pathologisch-anatomisch charakterisiert sich das Keloid durch den geordneten, dem Gefäſsverlauf nachgebildeten Bau der Bindegewebsfasern als verschieden von dem Gewebe einer einen Defekt ausfüllenden Narbe.

6. Dagegen ist der Unterschied zwischen „wahrem“ und „falschem“ Keloid irrelevant und auch pathologisch-anatomisch nicht mit Sicherheit für das wahre Keloid

durchzuführen. Speziell das Intaktsein des Papillarkörpers, das meist nur an einem kleinen Teile der Geschwulst von den Autoren nachgewiesen ist, beweist nicht, dafs überhaupt kein Trauma stattgefunden hat, dasselbe kann für unsere Wahrnehmung sowohl zu klein sein, wie überhaupt subepidermoidal erfolgen. Analogie: plötzliche Sarkomentwickelung nach Stofs ohne äufsere Verletzung.

7. Der Ausgangspunkt der Keloidbildung ist das Corium.

8. Auch beim sog. Narbenkeloid ist das Fortschreiten über den Ort der Verletzung weit hinaus das Charakteristische im Gegensatz zur hypertrophischen Narbe.

9. Dafs dieses Fortschreiten von einer weit ins gesunde Gewebe sich erstreckenden Alterierung der Gefäfse herrühre, ist weder — wie in unserem Falle — nachgewiesen, noch überhaupt wahrscheinlich, sondern es mufs eine allgemeine Disposition angenommen werden, welche an den verschiedensten Körperregionen oft sogar multipel und symmetrisch sich ausdrückt.

10. Jeder chirurgische Eingriff ist daher beim Keloid kontraindiciert.

11. Im Keloid fehlen, wie im Narbengewebe, die elastischen Fasern ganz und gar zum Unterschiede von den Geschwülsten (Epithelialcarcinom, Sarkom und Fibrom), welche hin und wieder im Geschwulstgewebe vereinzelte restierende elastische Fasern erkennen lassen.

12. Keloid ist keine Hyperplasie des regulären Bindegewebes, weil ein wichtiger Teil der Grundsubstanz, die elastischen Fasern fehlen.

13. Der histologische Bau des Keloids entspricht nicht dem der entzündlichen Neubildungen, namentlich infektiöser Natur (Lupus, Lepra, Syphilis).

Die Ursachen von dem spontanen Stillstand in der örtlichen Ausbreitung des Keloids sind unbekannt.

Die Definition des Keloids lautet demnach nach der Ansicht des Verfassers: Keloid ist eine auf unbekannter Disposition beruhende, vom Corium ausgehende, mit und ohne wahrnehmbare vorherige Verletzung erfolgende, hyperplastische Entwickelung von Narbengewebe entlang der Hautgefäfse, welche stets spontan einen gewissen Abschlufs in ihrer Ausbreitung findet, aber höchste lokale Recidivfähigkeit besitzt.

IV. **Über die Wirkungen von Quecksilberkuren bei temporär abgelaufener Syphilis**, von v. Watraszewski-Warschau. Verfasser versucht es, wie er dies schon früher gethan hat, nachzuweisen, dafs die periodisch in symptomfreien Intervallen vorgenommenen Merkurialkuren nicht im stande wären, sowohl in den frühen als in den späteren Perioden der Syphilis, weiteren Erscheinungen der Krankheit Einhalt zu thun. Im Gegenteil glaubt der Autor, dafs unter allen den Reizen, welche eine veraltete, latente, scheinbar geheilte Lues zum Recidivieren bringen können, auch die zur unrichtigen Zeit angewandten und periodisch wiederholten Merkurialkuren zu rechnen wären. Verfasser hat Fälle gesehen, die Jahre hindurch keine spezifischen Symptome mehr gezeigt hatten und nach einer eingeleiteten Quecksilberkur mit tertiären Erscheinungen, namentlich des Nervensystems, erkrankten. Gerade das Nervensystem ist es, welches unter einer protrahierten und wiederholten Merkurialisation nicht selten seine normale vitale Resistenzfähigkeit einbüfst und der Entwickelung syphilitischer Prozesse einen günstigen Boden darbietet. Verfasser will jedoch keineswegs das vortreffliche Quecksilber aus der Behandlung der Syphilis gänzlich bannen, nur möchte er dasselbe erst dann angewendet sehen, wenn thatsächlich spezifische Krankheitserscheinungen bereits vorliegen. (NB. Wir sind kein Anhänger der interkurrenten, schablonenmäfsig an allen Syphilitikern eingeleiteten Quecksilberkuren, wir verurteilen auch entschieden den Mifsbrauch, der, allerdings nicht selten unter dem Drängen furchtsamer Patienten, mit dem Merkur getrieben wird, halten es jedoch andererseits für aufserordentlich bedenklich, dem Ratschlage

des sehr geschätzten Autors Folge zu leisten. Es ist eine unbestreitbare Thatsache, dafs das gröfsere Kontingent von Tertiärerkrankungen sich aus solchen Fällen rekrutiert, welche im Beginn ihrer Syphilis sich gar nicht oder sich nicht genügend antiluetisch haben behandeln lassen. Zu diesen Fällen gehören auch solche, welche die ersten sekundären Erscheinungen unter einer mehrwöchentlichen Kur auf Jahre haben verschwinden sehen und, weil sie sich geheilt glaubten und von ihrem Arzte in diesem Glauben vielleicht bestärkt wurden, eine weitere Quecksilberkur nicht mehr durchgemacht haben. Zwei krasse Beispiele aus unserer jüngsten Praxis mögen das Gesagte illustrieren.

Fall 1. Patient X. aus K. acquiriert Syphilis vor fünf Jahren, schmiert einige Wochen; die luetischen Symptome verschwinden, und der Arzt erklärt den Patienten für geheilt. (Welch horrender Leichtsinn!) Nach dreijähriger Pause relativen Wohlbefindens erkrankt der Patient mit schweren Tertiärerscheinungen, sehr schmerzhafter Gelenkschwellung, Gelenkkontraktur, Gummata an verschiedenen Körperstellen, Periostitis syphilitica etc.

Fall 2. Patient Y. aus B. acquirierte vor neun Jahren Syphilis, wurde nur kurze Zeit behandelt, befand sich jahrelang gut, heiratete sechs Jahre nach der Infektion, steckte die Frau nicht an, bekam zwei gesunde Kinder und erkrankte nach zweijähriger Ehe mit ausgesprochen tertiären Symptomen.

Beide Patienten wurden nach mehrwöchentlicher Schmier-, Jodkalium- und Bäderkur nahezu von allen ihren Beschwerden befreit.

Wir führen diese Beispiele an, um zu zeigen, wie wichtig es ist, dem syphilitisch durchseuchten Körper innerhalb der Sekundärperiode ein gewisses Quantum von Merkur auch dann einzuverleiben, wenn Syphilissymptome nicht manifest sind. Selbstverständlich kann dies nicht unterschiedslos und schablonenmäfsig geschehen. Die Körperkonstitution des Patienten, die Intensität des Falles werden das Quantum Merkur, die Häufigkeit und die Dauer der Quecksilberkuren bestimmen. Ref.)

V. **Vorläufige Richtigstellung der gegen meine Arbeit über Cornua cutanea gerichteten Angriffe Mitvalskys**, von J. Schöbl-Prag. Verfasser ist entrüstet darüber, dafs Mitvalsky, der bei ihm die Anfangsgründe in der Augenheilkunde gelernt habe, die Grenzen der sachlichen Kritik überschreite und sich zu persönlichen Beleidigungen, Insinuationen und Unterstellungen hinreifsen lasse.

Die Angriffe Mitvalskys werden Punkt für Punkt widerlegt. (Wir verweisen im übrigen die Leser auf den Originalartikel. Ref.)

VI. **Ein Fall von syphilitischen Gummata der Larynxmuskeln**, von A. Elsenberg-Warschau. Der 19jährige Patient zeigt an den verschiedensten Körperstellen zahlreiche, ziemlich harte, bis wallnufsgrofse Gummata von elastischer Konsistenz. Einige derselben sind in Zerfall begriffen. Das Ellenbogengelenk ist stark geschwollen und kontrastiert scharf mit dem atrophischen Ober- und Vorderarme. Von besonderem Interesse sind die Tumoren, welche auf beiden Seiten der Cartilago thyreoidea und der Trachea sowohl in der Haut, wie auch im Unterhautbindegewebe und in den Muskeln zu fühlen sind.

Ein grofser Tumor befindet sich unterhalb des rechten Ohres. Derselbe ist mit dem hinteren Rande des Unterkiefers verwachsen. Die Nase ist eingesunken. Das Septum narium, Uvula, Gaumenbögen, weicher Gaumen zeigen das Bild weitgreifender Zerstörungen. Die Untersuchung des Kehlkopfes war sehr erschwert, doch konnte konstatiert werden, dafs die Epiglottis und die falschen Stimmbänder nicht verändert waren; die wahren Stimmbänder erwiesen sich stark gerötet und geschwollen, und unterhalb derselben ragten zwei recht starke Wülste, welche eine bedeutende Verengerung der Glottis verursachten und die starke Dyspnoe, an der der unglückliche

Patient litt, bedingten. Von inneren Organen zeigte sich die Leber stark vergrößert; dieselbe ist zwei Finger breit unter dem Rippenbogen durchzufühlen; der Leberrand ist hart, abgerundet; auf der Oberfläche des linken Lappens lassen sich erbsen- bis wallnußgroße Tumoren palpieren. In der Nähe des Leberhilus ist ein unebener, harter, ziemlich platter Tumor von unregelmäßiger Gestalt zu fühlen, der innig mit der Leber verwachsen erscheint, der Urin ist ikterisch, die Fäces sind lehmfarbig.

Der Patient klagt über Atemnot, Schwäche, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit.

Der schwere Zustand besteht seit einem Jahre. Die Syphilis, welche der Patient als Kind durch Ansteckung acquiriert zu haben scheint, ist niemals behandelt worden. Derartige Fälle von ausgedehnter, niemals behandelter und vernachlässigter Lue gehören zu den Seltenheiten, doch vermag Verfasser noch ein zweites Beispiel aus seiner Praxis anzuführen.

Von einer energischen antiluetischen Behandlung bei dem ersten Patienten wurde zunächst abgesehen, weil die Erfahrung lehrt, daß bei harten, elastischen Gummata, je energischer die spezifische Behandlung vorgenommen wird, desto rascher eine reichliche Entwickelung eines harten, narbigen, keloiden Gewebes eintritt. Dies konnte in dem vorliegenden Falle die Kehlkopfstenose in direkt lebensgefährlicher Weise noch verstärken, oder es konnte an der Leber das sich rasch und reichlich bildende fibröse Gewebe den Ductus hepaticus noch mehr zusammendrücken und schließlich gänzlich unwegsam machen. Aus diesen Gründen wurden dem Patienten Inhalationen, Tonica und reichliche, nahrhafte Diät verordnet. Nach zwei Wochen fühlte er sich besser. Die Atmung war etwas freier, und Verfasser glaubte nun, eine vorsichtige spezifische Behandlung wagen zu dürfen. Es wurden jeden zweiten Tag 2 g Unguentum cinereum eingerieben. Jodkalium wurde nicht gegeben. Schon nach vier Einreibungen verschlimmerte sich der Zustand des Patienten; Gelbsucht, Dyspnoe steigerten sich, die Kräfte wurden schwächer. Der Patient starb nach vier Wochen. Verfasser beschreibt das Resultat der Autopsie und der mikroskopischen Untersuchung.

VII. **Über die modernen Systematisierungsversuche in der Dermatologie,** von M. Kaposi-Wien. (Vergl. *diese Zeitschrift.* Bd. XVIII. S. 543.)

VIII. **Der augenblickliche Stand der Dermatomykosenlehre,** von F. J. Pick-Prag. (Vergl. *diese Zeitschrift.* Bd. XVIII. S. 548.)

(NB. Ubrigens meint Pick in seiner „Erklärung" am Schlusse des vorliegenden Archivheftes, daß Jessner nur Schlagworte seines Vortrages wiedergegeben habe. Somit wird Jessner indirekt für die Kontroverse Unna-Pick verantwortlich gemacht. Wir überlassen es Jessner sowohl, wie von Sehlen und Neebe, welche Pick in dieser Erklärung als Kampfgeschütz gegen Unna vorführt, sich selbst zu verteidigen und bemerken nur, daß es dem aufmerksamen Leser des *Archivs* und der *Monatshefte* nicht einen Augenblick zweifelhaft sein kann, auf welcher Seite provociert wird. Es wäre an der Zeit, wenn diese unerquicklichen Reibereien, von denen die Wissenschaft gar keinen Nutzen hat, und welche die beteiligten Parteien nicht im geringsten in ihren Ansichten erschüttern, endlich einmal aufhörten! Ref.)

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Band VI. No. 8. 1894.

Fälle von Elephantiasis in Verbindung mit tertiärer Syphilis, von A. G. Francis-Hull.

Fall 1. **Gummata der Haut und der tiefer liegenden Gewebe. Kontraktur und Deformität der Gelenke. Elephantiasis der Füße.** Die Patientin ist 69 Jahre

alt, acquirierte vor 34 Jahren, angesteckt von ihrem zweiten Manne, die Syphilis. Seit der Zeit hat sie fast beständig von der Krankheit zu leiden gehabt. Gegenwärtig zeigen zahlreiche Narben an den verschiedensten Körperteilen die Stellen, an welchen vorher Gummata und Ulcerationen bestanden hatten. Das Ellenbogengelenk ist in Kontrakturstellung gebeugt, kann jedoch passiv bis zu 135° gestreckt werden. Das Handgelenk ist vollständig steif; die Finger sind deformiert und können weder aktiv noch passiv bewegt werden. Der rechte Fuſs ist elephantiastisch verdickt. Die Zehengelenke können nicht bewegt werden.

Fall 2. **Elephantiasis der unteren Extremitäten. Suppurative Perilymphangitis. Lymphorrhagia.** Die 65jährige Patientin ist an einer doppelseitigen Lungenentzündung gestorben. Sie hatte vor sieben Jahren Syphilis acquiriert. Beide Beine waren elephantiastisch verdickt.

Fall 3. **Elephantiasis des rechten Beines und Fuſses. Kongenitale Syphilis bei Kindern.** Die 41jährige Frau leidet 13—20 Jahre an Syphilis. Die Elephantiasis besteht etwa sechs Jahre. Mehrere Kinder der Patientin sind an Konvulsionen im frühesten Kindesalter gestorben; eines ist totgeboren.

Verfasser erwähnt kurz vier weitere Fälle von Elephantiasis, von denen drei wiederum Frauen betrafen, so daſs vorwiegend das weibliche Geschlecht befallen wird.

Die sieben Fälle sind im allgemeinen einander ähnlich. In der Mehrzahl ist die Elephantiasis auf ein Bein beschränkt, und gewöhnlich ist dieses Bein der Sitz von Gummata und Geschwüren gewesen. Von Zeit zu Zeit zeigt das vergröſserte Bein eine akute Entzündung der befallenen Stellen, die unter allgemeinem, mehr oder weniger beträchtlichem Fieber abläuft. (Elephantiasisfieber.) Wahrscheinlich führen die syphilitischen Ulcerationen an den Beinen zu Zerstörungen der Lymphstränge und zu Stauungen und Erweiterungen der benachbarten Stränge. Eine Trophoneurose als Resultat einer Neuritis dürfte hier kaum die Ursache der Elephantiasis sein.

Am häufigsten ist Elephantiasis mit Syphilis in den Genitalien, namentlich der weiblichen, vergesellschaftet. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

No. 9. September 1894.

I. Über die Grenzen und den Wert der Urethroskopie, von Casper-Berlin. Vortrag auf dem internationalen Kongreſs in Rom. Verfasser kommt in seinem Resumé schlieſslich zur Aufstellung folgender Sätze:

a) Was den Nutzen und die Güte der Harnröhrenspiegel betrifft, so ist das Prinzip der äuſseren Lichtquelle demjenigen weit überlegen, bei welchem der Lichtträger in die Harnröhre eingeführt wird.

b) Für viele Fälle hat die Urethroskopie eine groſse diagnostische und therapeutische Bedeutung, die man durch keine andere Untersuchungsmethode ersetzen kann.

c) Aus anatomischen, physiologischen und daraus hervorgehenden mechanischen Gründen ist die Urethroskopie auf gewisse Grenzen beschränkt, jenseits welcher die Erklärung der urethroskopalen Bilder unmöglich wird.

d) Die Urethroscopia posterior ist sowohl für die Diagnose, wie für die Behandlung nur in einer kleinen Zahl von seltenen Fällen gerechtfertigt.

II. Über die durch Influenza hervorgerufenen Komplikationen in den Harn- und Geschlechtsorganen, von H. Lamarque. In einem ausführlichen Artikel, welcher eine Vorrede und fünf Abschnitte enthält, werden die beim Manne vorkommenden Komplikationen des Urogenital-Apparates besprochen; die im weiblichen Geschlechtsorgane beobachteten sollen spätere Schilderung erfahren.

In der Vorrede wird auf den infektiösen Charakter der Influenza-Epidemie

von 1889/90 hingewiesen und besonders betont, dafs die Komplikationen, welche die Harn- und Geschlechtsorgane betrafen, erst seit dieser Epidemie bekannt geworden sind.

Der erste Abschnitt umfafst die Wirkung der Influenza (Grippe) auf die Nieren, die Influenza-Nephritis. Hauptpunkte: Häufige (manchmal konstante) und in verschiedenem Grade sich zeigende Anwesenheit von Eiweifs im Urin zur Zeit, da die Influenza den Körper befällt; also vorübergehende Entzündung der Nieren, leichte Glomerulitis mit vorübergehender Albuminurie.

In einem weiteren Grade kann die Influenza wahre Nephritiden hervorrufen. Diese werden manchmal schwer und können zu urämischen, schnell tödlichen Anfällen führen, aber am häufigsten zu einer akuten Nephritis, sei es mit hämorrhagischer, sei es mit albuminöser Form und mehr oder weniger verbreitetem Ödem im Gefolge.

Der Ausgang in schnelle Heilung ist die Regel. Manchmal beobachtet man den Übergang in subakuten Zustand mit zögernder, aber endlicher Heilung. Andere Male erfolgt der Übergang in die chronische Form und endgültige Ausbildung von Morbus Brightii.

Wenn die Grippe schon kranke Nieren befällt, kann dadurch Verschlimmerung und dann der Tod eintreten. Andere Male erfahren die vorher bestandenen Läsionen keine Veränderung; endlich kann in gewissen Fällen eine vorher bestandene Albuminurie vollkommen schwinden.

Die pathologisch-anatomischen sich kundgebenden Veränderungen bei der Influenza-Nephritis sind diejenigen der gemischten Nephritiden, wie sie im allgemeinen bei den Infektionskrankheiten vorkommen.

Der zweite Abschnitt schildert die Wirkung der Influenza auf die Nierenbecken und das perinephritische Zellgewebe. Hervorzuheben sind: Blutungen im Nierenbecken, Hydronephrose, Pyelonephritis, perinephritische Abscesse. Hierbei sind natürlich chirurgische Eingriffe vielfach angezeigt.

Der dritte Abschnitt behandelt die Einwirkung der Influenza auf die Blase.

Die Blasenstörungen erreichen verschiedene Stärke, bestehen manchmal nur in häufigem Urindrang, mit mehr oder weniger lebhaften Schmerzen. In anderen Fällen tritt zu diesen Symptomen noch Blasenblutung.

Bei denjenigen Personen, welche vorher schon eine Cystitis hatten, erfahren deren Symptome eine deutliche Steigerung; der chronische Katarrh der Blase kann in den akuten Zustand übertreten. Örtliche Behandlung erzielt aber bald günstigen Erfolg.

Vierter Abschnitt: Einwirkung der Influenza auf den Harnröhrenkanal. Die Influenza kann Entzündungen der Harnröhre erzeugen, welche Urethritis blennorrhoica vortäuschen können. Orchitis kann hinzutreten, ebenso ist das Eintreten von Blasenhalsentzündung möglich.

Fünfter Abschnitt: Einwirkung der Influenza auf den Hoden und seine Anhänge.

Analog anderen Infektionskrankheiten, ruft die Grippe zuweilen auch eine Orchitis hervor. Diese kann sich gleich im Anfange zeigen und zugleich mit den anderen Symptomen verschwinden. Urethritis kann dabei vorhanden sein oder nicht. Die Entzündung befällt entweder den Körper des Hodens oder den Nebenhoden. Ebenso beobachtet man Entzündungen der Tunica vaginalis, welche von einem Erguſs begleitet sind und krankhafte Veränderungen des Nebenhodens nach sich ziehen können. Auch eiterige Entzündung der Hodenscheidehaut kann man beobachten. In einem mitgeteilten Falle wurde der Hoden trotz rechtzeitiger Entfernung des Eiters brandig und mufste weggenommen werden.

III. **Über die absorbierende Kraft der Blase,** von Bazy. (Vortrag.) Während

von verschiedener Seite die Absorptionsfähigkeit der Blase in Abrede gestellt wird, hat Bazy mit seinem Schüler Sabatier neuerdings durch Versuche festgestellt, daß die Blase eine nicht unbedeutende Absorptionskraft besitzt. Sie absorbiert etwas weniger als das Rectum, aber besser als die oberen Verdauungswege. Zu diesen Versuchen wurden Hunde, Kaninchen, Katzen verwendet. Hierbei wurden nur solche Mittel benutzt, welche anerkanntermaßen die Schleimhaut nicht verletzen, z. B. Alkaloide, Jodkalium. Spritzte man z. B. in die leere Blase, und zwar nur in diese, unter Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln 2 ccm einer Strychnin-Lösung von 1 : 30, so zeigte sich sehr bald, etwa nach 1½ Minuten, daß die Blasenschleimhaut das Gift absorbiert habe. Zwang man nämlich das Tier zum Gehen, so bemerkte man, daß die Bewegungen stoßsweise und fast konvulsivisch wurden; bald darauf waren die Muskeln von allgemeiner Kontraktur ergriffen, das Kaninchen wurde hart wie ein Stück Holz, verblieb in diesem Zustande und starb bald nacher. Auch andere Versuche bestätigten regelmäßig die Absorptionsfähigkeit der gesunden Blasenschleimhaut, welche nach Bazys Ansicht in Zukunft allgemein anerkannt werden müßte.

Neuhaus-München.

Besprechungen.

Zur Blutlehre, von Alexander Schmidt. Verlag von F. C. W. Vogel. Leipzig 1892. Der um die Wissenschaft der Blutgerinnung so hochverdiente Verfasser hat uns in diesem Werke noch kurz vor seinem Tode eine äußerst lehrreiche und leicht verständliche Übersicht über die Resultate aller von ihm selbst und seinen Schülern ausgeführten Arbeiten über das Wesen der Blutgerinnung geliefert. In 20 Kapiteln finden alle Hauptfragen, die bei der Schmidtschen Auffassung der Blutgerinnung als einer äußerlichen, aber notwendigen „Konsequenz eines stetigen inneren Geschehens im Organismus“ in Betracht kommen, ihre Besprechung und viele derselben ihre definitive Erledigung. Die stets auf diesem Gebiete im Vordergrunde des Interesses stehende Frage: Weshalb bleibt das Blut flüssig, solange es mit lebendem Gewebe in Kontakt ist? führt den Verfasser mitten in den Komplex schwieriger Untersuchungen über die genaueren Bedingungen des Lebens der Gewebe und vor allem der Zellen. Vermittelst der Gerinnungsreaktion prüfend, dringt A. Schmidt in der That tief in das geheimnisvolle Wesen der Zellenthätigkeit und der Zellenstruktur ein, und diese Seite des vorliegendes Buches ist es, welche sein Studium allen Anatomen, Histologen und Pathologen und den sich mit diesen Vorwissenschaften beschäftigenden Ärzten zu einem dringenden Bedürfnis macht und es weit über das immerhin einseitige Interesse der physiologischen Chemie an der Blutgerinnungsfrage erhebt. Es gelang Schmidt, mittelst sehr einfacher Lösungsmittel aus den Zellen teils die Blutgerinnung mächtig befördernde, teils dieselbe verhindernde Substanzen darzustellen und auf diese Weise die Zellsubstanz, das rätselhafte Protoplasma in eine Reihe chemisch und physiologisch definierbarer Körper zu zerlegen, — Resultate, an welche die zukünftige Histochemie und besonders der färberische Teil der Zellenlehre anzuknüpfen haben wird. Die Extraktion verschiedener Zellenarten (Leukocyten, Leberzellen etc.) mit Alkohol ergiebt stark koagulierende Körper, die Schmidt unter dem Namen der zymoplastischen Substanzen zusammenfaßt und von denen einige außerdem auch in Wasser oder Äther löslich sind. Sie ver-

halten sich gegen H_2O_2 völlig indifferent. Eine nachfolgende Extraktion des Zellenrestes mit Wasser ergiebt eine Substanz, welche H_2O_2 energisch katalysiert und für sich allein die Gerinnung hemmt; SCHMIDT nennt sie Cytoglobin. Eine dritte Extraktion des Zellenrestes mit 10%iger Kochsalzlösung stellt einen Körper dar, der auch in verdünnten Alkalien löslich ist, nur sehr schwach das H_2O_2 zersetzt und ebenfalls, aber schwächer gerinnungshemmend wirkt, als das Cytoglobin. Endlich hinterbleibt ein unlöslicher Rest, das Cytin, welches besonders energisch H_2O_2 katalysiert und gar keinen Einfluſs auf die Blutgerinnung ausübt. Weder Cytin, noch Cytoglobin sind Eiweiſsstoffe, liefern aber Eiweiſs bei ihrer Zersetzung. Durch bestimmte künstliche Einwirkungen kann man aus dem Cytin Cytoglobin erhalten, und aus diesem entsteht sehr leicht ein nahestehender Körper, das Präglobulin, welches gewisse Reaktionen des Eiweiſses giebt, in geringer Quantität bereits in den Zellen enthalten ist und zugleich den einzigen eiweiſsartigen Körper der lebenden Zelle darstellt. Cytoglobin und Präglobulin verschwinden in gerinnenden Flüssigkeiten, indem an ihrer Stelle Paraglobulin auftritt, welches also als Derivat des Cytoglobins der Zellen anzusehen ist, wie das Derivat des Paraglobulins wiederum die fibrinogene Substanz ist. Das Fibrinferment spaltet das Paraglobulin und führt die dabei entstehende fibrinogene Substanz (Metaglobulin) noch weiter in einen durch Neutralsalze fällbaren Eiweiſskörper (flüssiger Faserstoff) über. Mit dem einen Grundstoff der Zellen, dem Cytin, beginnt daher eine Reihe von auseinander hervorgehenden Substanzen, welche mit dem Fibrin endigt: Cytin, Cytoglobin, Präglobulin, Paraglobulin, Metaglobulin, flüssiger Faserstoff, Fibrin. Anfang und Ende dieser Reihe sind in den Körperflüssigkeiten unlöslich, die Mitte, das Paraglobulin, ist darin leicht löslich. Der Faserstoff ist daher nach der jetzigen (nicht der ursprünglichen) Anschauung von SCHMIDT ein Derivat aller Zellen des Organismus (mit Ausnahme der roten Blutkörperchen). Auf die Lehre vom Fibrinferment und die eigentliche, schlieſsliche Gestaltung der Blutgerinnungslehre kann hier nicht näher eingegangen werden. Es mag nur noch erwähnt werden, daſs SCHMIDT auch die Quelle jenes wichtigen Körpers (Prothrombin) in der Zellsubstanz nachweist. Die Vorgänge in der Blutflüssigkeit innerhalb und auſserhalb des Körpers unterscheiden sich mithin darin, daſs die Reihe der Metamorphosen innerhalb der Blutbahn normalerweise nicht bis zum Fibrin, sondern nur bis zum Metaglobulin fortgeführt wird und hier dann rückwärts diejenigen Prozesse sich anschlieſsen, welche zum Wiederaufbau der Zellsubstanz führen und für welche nach SCHMIDT auſser den Globulinen des Blutes das Prothrombin, das Thrombin und die zymoplastischen Substanzen der Zellen wesentlich in Betracht kommen. *Unna.*

Über die tieferen eiternden Schimmelerkrankungen der Haut und über deren Ursache, von F. J. ROSENBACH. (Wiesbaden 1894. J. F. Bergmann.) Verfasser hat eine Reihe von Sykosis parasitaria-Fällen bakteriologisch untersucht; die Ergebnisse seiner Untersuchungen sind folgende: Verfasser konnte sieben verschiedene Formen von Trichophytonpilzen züchten, die sich in Reinkultur fortzüchten lieſsen; diese Pilze können sowohl oberflächliche, als tiefe Erkrankungen hervorrufen; die Eiterungen werden also durch das Trichophyton allein hervorgerufen; in Schnitten konnte Verfasser keine Pilze nachweisen. Die verschiedenen Arten rufen verschiedenartige tiefe Erkrankungen hervor, doch sind die bisherigen Beobachtungen zur Klassifikation noch nicht genügend. Die Arbeit ist mit hübschen Photogrammtafeln ausgestattet, welche die Kartoffelkulturen, sowie die Luftmycelien, Sporen und Spindeln zeigen. *F. Hahn-Bremen.*

Kneipp und seine ärztlichen Jünger, eine Kritik der neuen Wassermode, von CL. NIEMANN. (Frankfurt a. M. 1894. Joh. Alt.) Bei der groſsen Verbreitung,

welche die Kneippkuren zu finden scheinen, ist es für jeden interessant und lehrreich, eine Kritik der neuen Mode von berufener Seite kennen zu lernen. So glauben wir, jedem die Lektüre der kleinen Broschüre dringend empfehlen zu dürfen, die in vortrefflicher Weise dem Kneippschen Unsinn zu Leibe geht. Verfasser hat seine Schrift als Antwort auf die von der „Köln. Volkszeitung" herausgegebene Sammlung *Für und wider Kneipp* herausgegeben, an deren Schluſs der „Oberbadearzt" von Wörishofen, ein Dr. BAUMGARTEN, die medizinische Berechtigung der Kneippschen Heilmethode zu erweisen versucht hatte. Die Art und Weise, wie Verfasser die Deduktionen dieses Herrn abfertigt, scheint uns sehr gelungen und muſs im einzelnen nachgelesen werden. Von Interesse ist, daſs BAUMGARTEN selbst zugiebt, 50% der Kneippschen Patienten seien Neurastheniker. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Zur Ätiologie der gewöhnlichen Dermatosen des Kindesalters, von R. MILLON. (*La Médecine infantile.* 15. März. 1894.) Sowohl das Ekzem, wie verschiedene andere Formen, der Pruritus essentialis, das Erythem, Urticaria, Strophulus, Prurigo chronica, haben ihre Ursache, sei es in Überfütterung, sei es sonstwie in verkehrter Ernährung. Gerade der Strophulus (Prurigo simplex acuta Brocq), den man mit der Dentition in Verbindung gebracht hat, wurde vom Verfasser an Kindern unter sechs Monaten beobachtet. *Türkheim-Hamburg.*

Hauterscheinungen und Ernährungsstörungen beim Kinde, von R. MILLON (Dissertation. Paris. 1893). Während bei der Ätiologie der Dermatosen im Kindesalter die Diathesen (auſser Tuberkulose und Syphilis) auſser Betracht fallen, spielen hingegen die Ernährungsstörungen eine bedeutende Rolle. Es beruhen dieselben meist auf Verdauungsanomalien infolge von unpassender Ernährung und führen zu den verschiedenen Hauterscheinungen (Erythem, Urticaria, Prurigo, Strophulus, Ekzem, Akne). Wie es nämlich medikamentöse Exantheme (Jod, Brom, Quecksilber) giebt, so können gewiſs auch, wie Verfasser urteilt, die im pathologisch veränderten Darmkanal erzeugten Ptomaine zu ähnlichen Veränderungen in der Haut führen. Hereditäre Momente spielen eine ganz sekundäre Rolle. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über den sichtbaren Ausdruck und die Bekämpfung der gesteigerten Darmfäulnis, von GUSTAV SINGER. (Vorläufige Mitteilung.) *Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 3. Die Menge des Indicangehaltes im Urin giebt uns einen Maſsstab für die Gröſse der Fäulnisprozesse im Darm. Zur ziffernmäſsigen Darstellung bedarf es einer quantitativen Bestimmung der präparierten und gebundenen Schwefelsäure im Harn. Der Verfasser will nun nachweisen, daſs bei einer Gruppe von Dermatosen die Zeichen gesteigerter Darmfäulnis mit groſser Regelmäſsigkeit auftreten und mit dem spontanen Ablauf der Hautaffektion wieder zurückgehen, während umgekehrt Maſsnahmen zur Bekämpfung der Darmstörung einen unverkennbaren Einfluſs auf das Hautleiden ausüben. Zuerst hat Verfasser bei akuter und chronischer Urticaria die Magenfunktion geprüft, er fand unter 6 Fällen einmal vollkommenes Fehlen der Salzsäure, zweimal Verminderung, sonst normale Werte. Im ersten Falle wirkte Salzsäure günstig auf

das Hautleiden. Oft findet man Obstipation und Flatulenz; Abführmittel nützten aber nichts. Fast konstant ist bei der idiopathischen Nesselsucht der gesteigerte Indikangehalt; derselbe wurde nach der Obermayerschen Probe bestimmt. Daneben weisen die vermehrten aromatischen Oxysäuren, die mit Millonschem Reagens nachgewiesen wurden, auf abnorme Bakterienfäulnis hin. Zur genaueren Bestimmung nahm Verfasser dann die quantitative Feststellung der Ätherschwefelsäuren vor und fand eine entschiedene absolute und wesentliche relative Vermehrung derselben; einige Beispiele werden angeführt. Ätherschwefelsäuren und Indikan nahmen ab nach entsprechender Therapie parallel der Besserung des Hautleidens. Ähnliches fand Verfasser in manchen Fällen bei Acne vulgaris und in eklatanter Weise bei Pruritus senilis; auch hier waren die therapeutischen Erfolge sehr günstig. Als Antifermentativum verwendete Verfasser Menthol, das gleichzeitig tonisierend und auf die Peristaltik anregend wirkt.

Es wurde Menthol in Kapseln gegeben:

Menthol	0,1
Ol. amygd. dulc.	0,25—0,5

DS. Täglich 6—8—10 Kapseln zu nehmen.

Nebenwirkungen sind nicht beobachtet. Kontrollversuche mit Abführmitteln hatten keinen befriedigenden Erfolg. Die Diät ist natürlich sehr wichtig; auf die Wurstwaren lenkt Verfasser besonders die Aufmerksamkeit. Als wichtig wird noch hervorgehoben, daſs nicht unerhebliche qualitative Veränderungen der Darmfunktion bestehen können ohne Störung der motorischen Funktion.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Alterationen der Haut infolge gesteigerter Darmfäulnis und die Mittel letzterer entgegenzutreten. (*Progresso medico.* Februar 1894.) Im Anschlusse an den Aufsatz Singers berichtet der Verfasser zunächst über zwei Fälle von Hautleiden (scharlachähnliche Eruptionen; Ödeme und Ekchymosen), die durch Kalomel und Natriumsulfit schnell geheilt werden.

Wo gesteigerte Darmfäulnis besteht, muſs man Darmantisepsis einleiten. Dazu sind neben dem Menthol eine Reihe von inneren Mitteln empfohlen. Diese sind aber alle bedenklich, da sie örtlich reizen und oft auch unangenehme Allgemeinerscheinungen in den nötigen groſsen Dosen geben. Auch die antiseptischen Enteroklysmen verwirft der Verfasser; Borsäure- oder Tannineingieſsungen können nur in Betracht kommen. Die besten Mittel sind Kalomel und die erdigen und alkalischen Sulfite. Kalomel regt die Peristaltik an, reizt den Darm nicht, ruft nur einen kongestiven Zustand hervor, hebt abnorme Gärungen auf, ohne die normalen Fermente zu beeinträchtigen. Es ist deshalb in diesen Fällen sehr geeignet. Die erdigen und alkalinischen Salze, Sulfite, spielen bei der Darmantisepsis, von der Semmola schon vor 30 Jahren gesprochen, eine groſse Rolle, verhindern die Gärungen, das Oxygen anziehend. Sie sind unschädlich, wirken mild abführend; bei excessiver Säurebildung im Magen muſs man die Säuren vorher durch Natr. bicarbon. neutralisieren. Man giebt Natrium- oder Magnesiumsulfite 6,0—12,0 in 300,0—400,0 Wasser oder Pulver zu je 0,5. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der septische Zustand der Haut nach der Desinfektion, von Farina. (*Policlin.* No. 9. 1894.) F. entfernte unter strengsten antiseptischen Kautelen Stückchen Haut von Stellen, wo operiert werden sollte (Mamma, Lipome etc.) und inokulierte davon einerseits Partikelchen auf Kaninchen, andererseits wurden damit künstliche Nährböden beschickt. Während die Tiere absolut reaktionslos blieben, zeigten sich auf einzelnen Nährböden nach einigen Tagen Kulturen des Staphylococcus pyogenes albus nebst Diplokokken.

Wo konnten sich nun, nach der gründlichen Desinfektion der Haut an der Exstirpation der Stückchen genannte Mikroorganismen noch befinden? Offenbar nicht auf der Hautoberfläche. F. untersuchte demnach solche Hautstücke mikroskopisch und fand Kokkenanhäufungen in den Lymphbahnen der Cutis, den Haarfollikeln und den Talgdrüsen. Die Bedeutung dieser Thatsache für die Chirurgie (Naht etc.) liegt auf der Hand. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Dahmen: **Die Resorptionsfähigkeit der Haut für Lösungen von Jodoform und Kreosot in Vasogen.** (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 15.) Verfasser konnte experimentell nachweisen, dafs bei Einreibungen mit obigen Lösungen die betreffenden Stoffe dem Organismus einverleibt werden; er konnte nach solchen Einreibungen im Urin Jod, bezw. Phenole nachweisen. Jodoformvasogen ist ein ausgezeichnetes Mittel zur Vernarbung granulierender Wunden, vor allem der Unterschenkelgeschwüre. Unter Kreosotvasogeneinreibungen verkleinern sich geschwollene tuberkulöse Lymphdrüsen, selbst in Fällen mit ausgesprochener Tendenz zur Eiterung. Phthisiker, die damit eingerieben wurden, erklärten, dafs ihre Brustschmerzen nachliefsen.

F. Hahn-Bremen.

In der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 12) demonstrierte Braem die Resultate der **Transplantation von ungestielten Hautlappen** nach der Krausheschen Methode. Dieselben sind sehr zufriedenstellend, die transplantierte Haut ist resistent, von normaler Beschaffenheit, etwas gegen die Unterlage verschieblich, die Patienten können gut gehen. An einigen Stellen waren Nekrosen im Lappen aufgetreten, die indes nicht die ganze Dicke desselben durchsetzten. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Transplantation tierischer Haut und Schleimhaut auf menschliche Wunden, von E. Lobtail. (*Thèse de Paris* 1890.) Es wird die Technik erörtert und die Art und Weise der Wirkung der Transplantationen besprochen. Die überpflanzten Lappen selber, gleichviel, von welchem Tiere sie genommen wurden, verschwanden immer, dagegen bewirken sie die Neubildung einer Epidermis, die sich von normaler Haut nur durch das Fehlen der Haare und der Drüsen unterscheidet; auch ist das Stratum corneum etwas dünner. Die Neubildung der Epidermis erfolgt wahrscheinlich vom Rande der gesunden Haut her. Verfasser hat mit seiner Überpflanzung von Tierhautstücken unter 19 Fällen 14 Male Erfolg gehabt.

Türkheim-Hamburg.

Zur Frage der Narbenkontraktion bei Transplantationen nach Thiersch, von Ad. Meyer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 16.) Im Gegensatz zu Helferich, der das Ausbleiben von Narbenkontraktionen als einen besonderen Vorteil der Thierschschen Transplantationen erklärt, machte Verfasser an den Fällen, welche in der Würzburger Klinik so behandelt waren, die Beobachtung, dafs derartig gedeckte Defekte zum Teil recht erhebliche Schrumpfung aufwiesen, wenn man die Patienten nach längerer Zeit wiedersah. Die Schrumpfung blieb nur aus, wenn es sich um Defekte handelt, welche die Cutis nicht durchgreifen. In den übrigen Fällen empfiehlt Verfasser daher lieber die Einpflanzung gestielter Lappen.

F. Hahn - Bremen.

Über den Ursprung des Pigments in melanotischen Tumoren, von Karl Jooss. (*Münch. Med. Abhandl.* I. Reihe. 16. Heft.) Die viel ventilierte Frage des Ursprungs des Pigments wird vom Verfasser einer eingehenden Erörterung unterzogen, die neben allem Bekannten auch manchen neuen Gedanken bietet und deshalb eine eingehende Lektüre verdient.

Hier will ich nur kurz das in Bezug auf die Entstehung des Pigments in den

melanotischen Tumoren, von denen Verfasser eine Reihe von Fällen mit den entsprechenden mikroskopischen Befunden zusammenstellt, Gesagte wiedergeben. Verfasser beantwortet die Frage durch folgende Schlufssätze:

1. Das Melanin ist ein Gemisch von Farbstoffen.
2. Das Pigment wird lokal gebildet durch eine spezifische Thätigkeit der Zellen.
3. Als Material für die Melaninbildung verwendet die später pigmentierte Zelle die Proteine.
4. Solche Eiweifskörper sind enthalten im Blutplasma und in den roten Blutkörperchen.

ad 1. Dafür, dafs Melanin ein Gemisch von Farbstoffen ist, sprechen chemische Befunde (Moerner, Brandl, Pfeiffer) und spektrophotometrische (Moerner). Es sind teils eisenhaltige, teils eisenfreie; letztere gewinnen das Übergewicht, je älter das Pigment wird, was die verschiedenen Befunde erklärt.

ad 2. Gegen die Bildung des Melanins im Blute spricht: a) die Heilung durch rechtzeitige Exstirpation des primären Tumors; b) der seltene Befund von Pigmentkörnchen im Blute; c) der Umstand, dafs nicht der ganze Körper pigmentiert wird; d) die Pigmentierung ist nicht immer am stärksten in der Nähe der Gefäfse. Die spezifische, metabolische Thätigkeit wird durch den hohen Schwefelgehalt bewiesen, der die Annahme einer Synthese notwendig macht.

ad 3. Die Verwendung der Eiweifskörper wird durch den hohen Schwefelgehalt wahrscheinlich. Sie wird zur Gewifsheit, wenn man bedenkt, dafs neben Wasser und Salzen nur die Proteine überall im Körper vorhanden sind. Nur sie bilden im ersten Embryonalleben, wo doch auch schon Pigmente gebildet werden, die Ernährungsflüssigkeit, nur sie gelangen in den pigmentierten Haarschaft oder in das pigmentierte Amnion der Schafe. Wenn die Pigmentierung oft längs den Gefäfsen verläuft, so ist das dadurch zu erklären, dafs die diesen naheliegenden Zellen die Ernährungsflüssigkeit aus erster Hand empfangen. Widersprechende mikroskopische Befunde versucht Verfasser mit seiner Ansicht in Einklang zu bringen.

ad 4. Die Bedeutung der Blutkörperchen läfst sich nach mikroskopischen Befunden (Langhans) nicht in Abrede stellen, aber dieselben sind nicht die ausschliefsliche Quelle, denn Berdez und Nencki fanden ihr Melanin (Phymatorhusin) eisenfrei. Das Pigment ist kein Hämatoidin, denn es ist von schwarzbrauner Farbe, kein Hämatosiderin, denn es ist eisenfrei und schwefelreich. Die Beteiligung der Blutkörperchen läfst sich leicht erklären durch den Zerfall des Hämoglobins in Hämatin und dem Globulin nahestehende Eiweifskörper. Ihr Stroma enthält aufserdem 12,24 % Protein. Die blutkörperähnliche Gestalt des Pigments erklärt sich gerade durch Beteiligung des Stromas der Blutkörperchen, nicht des Farbstoffes derselben. Das durch Beteiligung der Blutkörperchen frei werdende Hämatin geht anfangs die gewöhnlichen Metamorphosen ein und bleibt dann zwischen den Zellen liegen oder wird wieder in die Blutbahn aufgenommen. Haben Blutungen in den Tumoren stattgefunden, dann ist anfangs das Melanin mit dem Hämatin vermischt, man findet viel Eisen; nach Wegspülung des Hämatins wird dann der Farbstoff eisenfrei.

Abbildungen mikroskopischer Präparate illustrieren die Ausführungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Russelsche Fuchsinkörperchen, von Seifert. (*Sitzungsberichte der Würzburg. phys.-med. Gesellsch.* 1894.) Verfasser hat in Gemeinschaft mit Dr. Kahn 60 verschiedene Gewebe, meistens pathologisch veränderte, auf das Vorkommen der sogenannten Russelschen Körperchen untersucht. Positive Befunde hatte er bei normaler und entzündlich erkrankter Nasenschleimhaut, bei Papillen der unteren

Nasenmuscheln, Schleimpolypen, hyperplastischen Rachen- und Gaumentonsillen, luetischen Papeln etc. Sehr gering war die Ausbeute bei malignen Neubildungen.

Es handelte sich um grofse, wie gebläht erscheinende Zellen, teils mit vielen kleinen Körnchen, resp. Kugeln, teils mit wenigen homogenen, gröfseren Kugeln gefüllt. Der Kern erscheint an die Peripherie gedrückt.

Verfasser sieht diese Körnchen und Kugeln als durch hyaline Degeneration entstanden an. Es handelte sich vorwiegend um Bindegewebszellen; der Ansicht Touton, dafs es sich um eine in den Blutgefäfsen vorhandene Substanz handelt, kann er nicht beipflichten. Dieselbe entstammte dem Protoplasma der Zellen. Jedenfalls ist diese Degeneration sehr verbreitet und für keinen pathologischen Prozefs charakteristisch.

Die gleichen Befunde erhält man auch in den Epithelien.

Dem Ausspruche Unnas, dafs man vorerst die hyaline Degeneration studieren müsse, bevor man diese und ähnliche Gebilde als Zooparasiten deutet, stimmt Verfasser durchaus zu.

Zur Färbung sind die Methoden von Russel, Kuehne, Ehrlichsches Triacid und Biondi-Heidenhainsche Mischung, der noch $^1/_2$%ige Säurefuchsinlösung zugesetzt wird, geeignet. Die Gebilde bevorzugen jedenfalls die sauren Anilinfarben vor den basischen.

Verfasser trennt zwei Entwickelungsstadien. Einmal entstehen im Protoplasma gleichgrofse Kugeln, die die Zellen ausfüllen, sich gegenseitig abplatten; beim Bersten der Zelle werden diese Segmente frei und fallen der Resorption anheim. Eine andere Entwickelungsart ist, dafs einzelne verschieden grofse Kugeln entstehen, welche schliefslich konfluieren, so dafs die Zelle von einer homogenen Masse erfüllt ist.

Der Vortragende demonstriert eigene und von Unna ihm zur Verfügung gestellte Präparate. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine neue Form des Skarifikators, von Adolph Kozerski. (*Wien. med. Wochenschr.* 1894. No. 25.) Ein guter Skarifikator soll 1. aus mehreren Messern bestehen, 2. leicht zerlegbar sein, 3. sich leicht reinigen, 4. sich leicht schärfen, 5. sich leicht desinficieren lassen; ferner 6. sollen die Profile der Klingen immer in einer Ebene eingestellt werden können; 7. die bewegende und regulierende Kraft soll sich in den Händen des Arztes befinden; 8. das Instrument soll sich leicht allen Formen und Gröfsen des Körpers anpassen lassen.

Verfasser hat nun einen neuen Skarifikator konstruiert, der all diesen Anforderungen gerecht wird. Die Beschreibung möge mit Rücksicht auf die Zeichnungen im Original nachgelesen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Angioneurosen.

Ein Fall von recidivierender, symmetrischer lokaler Asphyxie der Extremitäten, von J. Israelsohn. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1894. No. 16.) Bei einem 3jährigen Kinde, welches ein Jahr vorher wegen allgemeinen Hautödems ohne Albuminurie gelitten hatte, das in acht Tagen schwand, entstand anfallsweise eine tiefblaue, fast schwarze Verfärbung der Haut an Händen und Füfsen, an den Hand- resp. Fufsgelenken scharf abschneidend. Die betroffenen Teile fühlten sich kalt an. Unter Frottieren mit warmem Kampferspiritus ging die Asphyxie schnell zurück und zwar auch an den Füfsen, wenn nur die Hände frottiert wurden. Diese Anfälle wiederholten sich neunmal. Verfasser glaubt, den Vorgang als Angiospasmus auffassen zu müssen, der durch Reize im vasomotorischen Zentrum der Medulla oblongata ausgelöst ist. Diese Reize können natürlich nur flüchtiger Natur gewesen sein. Der

Fall reiht sich der Raynaudschen Krankheit an, in der ja drei Stadien, die Synkope, Asphyxie und Gangrän zu unterscheiden sind.

Das Frottieren mit Kampferspiritus war für den Rückgang des Anfalles wohl indifferent, was auch für einen zentralen Ursprung spricht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit. Lokale Asphyxie mit Gangrän im frühen Kindesalter, von T. K. Monro-Glasgow. (The *Glasgow med. Journ.* April 1894.) Das 20 Monate alte Kind zeigte deutliche Anzeichen von Hydrocephalus congenitalis. Die Haut bot eine überraschende Verfärbung, welche seit der Geburt bestanden haben soll. Auf dem Gesichte, an den Beinen, Armen sah man blaue, gefleckte Stellen, welche früher über den ganzen Körper zerstreut waren. Die Kälte machte diese Verfärbung deutlicher; ebenso traten die Flecken mehr hervor, wenn das Kind schrie. An einzelnen Teilen der Extremitäten bestand eine intensive Livido oder eine wirkliche Gangrän. Die zweite Zehe des linken Fufses sah ganz schwarz, wie gangränös aus. Diese dunkle Farbe wurde erst vor drei Wochen bemerkt. Die zweite Zehe des rechten Fufses war früher ebenfalls, aber weniger stark, als die am linken, befallen. Vor 2—3 Wochen hatte sich ein kleines Geschwür am Dorsum der rechten grofsen Zehe entwickelt, das von einer dünnen Schuppe bedeckt war. Die Plantarflächen der Füfse waren livid und hart, während die vorderen Partien der Dorsalflächen etwas geschwollen und livid waren. Schmerzen schien die gangränös aussehende Zehe nicht zu verursachen. An den oberen Extremitäten waren keine Anzeichen von Gangrän vorhanden.

Das Kind war lebhaft und rege, hatte guten Appetit, schlief gut, hatte niemals Krämpfe, auch keine Hautkrankheit gehabt. Die Zähne zeigten nichts Charakteristisches. Gehen konnte das Kind jedoch noch nicht. Es wurden Tonica verordnet, welche vorteilhaft zu wirken schienen.

Bei einer späteren Besichtigung der Patientin wurden an den Stirnprotuberanzen, an den Wangen, um die Augen und an den Ohren abnorm bläulich-rote Flecken bemerkt, welche auf Druck verschwanden. Die schwarze Verfärbung an den befallenen Zehen hatte jetzt einer lividroten Farbe Platz gemacht. Die Besserung machte in der Folgezeit weitere Fortschritte; nur während der kalten Tage zeigten sich blaurote bis nahezu schwarze Flecke in der Mitte beider Wangen; aufserdem empfand das Kind unter der Kälte ziemlich intensive Schmerzen.

Verfasser bespricht unter Berücksichtigung der Litteratur die Pathologie dieses Falles, der ein Beispiel bildet von Komplikation eines chronischen Hydrocephalus mit spontaner Gangrän.

C. Berliner-Aachen.

Zur mechanischen Behandlung der Hautwassersucht, von H. Curschmann. (*Therap. Monatsh.* März 1894.) Die mechanische Entfernung der Ödeme ist von gröfstem Werte, gleichgültig welches die Ursache derselben ist, da sie nicht nur palliativ, sondern oft auch kurativ wirkt. Bei Herz- und Nierenleiden hindern die Ödeme durch Erschwerung der Cirkulation die Wirkung der Diuretica, welche dann prompt eintritt, wenn die hydropische Flüssigkeit mechanisch entfernt ist. Curschmann verwendet dazu zunächst mittelstarke, auf dem Querschnitt elliptische Kanülen, welche am unteren Ende mehrere seitliche Öffnungen haben; das Stilett ist vorne lanzettförmig, zweischneidig. Strenge Antisepsis ist nötig: Seifenwaschung, Abreiben mit Äther etc. Die im spitzen Winkel eingestochene Kanüle wird mit Watte-Jodoformcollodium-Verband befestigt, die Ableitung der Flüssigkeit erfolgt durch mit steriler Kochsalzlösung gefüllten Gummischlauch, der am Ende einen Bleiring oder schweren Metalltrichter trägt und in Kochsalzlösung taucht. Antiseptica sind zur

Desinfektion von Haut, Kanüle und Schlauch zu vermeiden, um Gerinnselbildung vorzubeugen.

Um die Schnittmethode auch anwenden zu können, schien dem Verfasser der Vorschlag von Straub, einen Trichter auf die Haut nach dem Schnitte aufzusetzen, der sich festsaugt, sehr geeignet. Jedoch ist die Befestigung des Trichters keine sichere, läfst sich auch nicht bewirken, wenn derselbe nach dem Schnitte aufgesetzt wird. Curschmann hat daher ein cylindrisches, schröpfkopfähnliches Glas konstruiert, das unten einen breiten Rand hat, der zunächst durch Watte, Kollodium, Heftpflaster sicher befestigt wird. Auf diesem Cylinder sitzt eine abnehmbare Kuppel, die erst entfernt wird, wenn derselbe festsitzt, um dann erst den Schnitt zu machen. An der Kuppel befindet sich ein Ansatz für den ableitenden Schlauch. Da der Schnitt einerseits erst nach Fixierung des Trichters erfolgt, die Kuppel ihn gegen Infektion schützt und zur Entfernung von Gerinnseln jederzeit entfernt werden kann, erfüllt der Apparat alle Anforderungen. (Bezugsquelle: Universitätsmechaniker Schanze-Leipzig.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein neuer Mikroorganismus des Ödems, von A. Butler Harris. (*Journ. of Pathol. and Bact.* Vol. 13. pag. 303.) Aus dem Eiter eines nach Otitis entstandenen Abscesses im Schläfenlappen züchtete Harris verschiedene Bakterien. Von diesen bewirkte eine Art, welche auf Gelatine bräunliche Kolonien bildet, beim Meerschweinchen Abscesse und ödematöse Infiltration des Unterhautzellgewebes. Es waren grofse Diplokokken, welche in den Geweben und Flüssigkeiten des Tierkörpers Kapseln bildeten und zu längeren Stäbchen auswuchsen. Sie entwickelten auf Agar-Agar einen weifslichen Überzug, verflüssigten die Gelatine nicht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lokale Ödeme der Thoraxwand. (*Rif. med.* 1894. No. 96.) Dieselben dehnen sich selten über eine ganze Thoraxhälfte aus, sondern bleiben meist auf ein oder zwei Interkostalräume beschränkt und betreffen dann vorzüglich den sechsten oder siebenten Interkostalraum in der Axillarlinie (Pleuritis), oder rücken nach vorn in die Herzgegend (Pericarditis). Das Odem leistet dem drückenden Finger mehr oder weniger Widerstand, zeigt wohl auch zuweilen Krepitation (subkutanes Emphysem); es ist meist von blasser Farbe, zuweilen aber ecchymotisch. Hie und da findet man Venenzeichnungen. Am häufigsten wird es bei eiteriger Pleuritis angetroffen, ist aber für diese Affektion nicht pathognomisch. Kann bei gleichzeitigem Bestehen eines solchen Odems ein Pleuraerguſs nachgewiesen werden, so wird man mit Sicherheit denselben als eiterig erwarten dürfen; findet man hingegen unter diesen Umständen bei der Probepunktion seröse Flüssigkeit, so wird das Vorhandensein eines Mediastinal- oder Pleuratumors sehr wahrscheinlich: das Ödem entsteht in diesem Falle durch Kompression der Sammelvenen (azygos). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Lokalisierte transitorische Ödeme, von M. Allen Starr-New-York. (*The New York med. Journ.* 17. September 1892.) Die Krankheit ist als „akutes Ödem", „angioneurotisches Ödem" bezeichnet worden. Die charakteristischen Merkmale derselben sind folgende: Es besteht eine ödematöse Schwellung, bei welcher die befallenen Teile gewöhnlich rot oder rötlichblau, oder bisweilen blafs oder weifslichgelb verfärbt sind. Die Temperatur ist gewöhnlich etwas niedriger als an den gesunden Stellen. Die Sensationen, welche die Patienten zuweilen haben, sind Steifigkeit, Brennen, Taubheit oder Schmerz; die Beschwerden werden durch Applikation von Kälte noch verstärkt. Vollständige Anästhesie ist selten. Jeder Körperteil kann von dem Ödem befallen werden. Am häufigsten sind jedoch Hände und Füfse und Gesicht ergriffen.

Die Schwellung kommt und geht oft rasch vorüber, bisweilen jedoch hält sie

mehrere Tage an. Das Odem scheint eher das Korium selbst, als das subkutane Bindegewebe zu treffen, da es sich hart anfühlt und auf Druck nicht ganz entfernt werden kann.

Die Ätiologie ist unbekannt. Erblichkeit soll eine gewisse Rolle spielen. Die Therapie ist zumeist erfolglos. Verfasser hat in einigen Fällen von der Massage eine gute Wirkung gesehen. Auch Ergotin scheint vorteilhaft zu sein.

Im folgenden beschreibt Verfasser drei Fälle von „fliegendem Ödem", welches in dem ersten die rechte Gesichtshälfte, in dem zweiten die untere Hälfte beider Wangen und die linke Hand, in dem dritten die linke Hand allein betraf.

C. Berliner-Aachen.

Über Exantheme im Wochenbette, besonders über den sogenannten Wochenbettscharlach, von F. Ahlfeld. (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* Bd. XXV. No. 1.) Von Dezember 1890 bis April 1892 beobachtete Ahlfeld 14 Fälle von scharlach- oder masernähnlichen Ausschlägen, darunter eine Laparotomierte und 13 Wöchnerinnen. Verfasser sieht dieselbe als Ausdruck septischer Infektion an, denn eine Ansteckungsquelle für den ersten Fall, der bereits 2½ Monate vorher in Beobachtung stand, war nicht zu ergründen, eine Übertragung auf die übrigen Hausbewohner nicht zu konstatieren, obgleich eine absolute Isolierung nicht stattfand. Fieber und Exanthem begannen mit den kritischen Tagen des Wochenbettes. Besondere Anhaltspunkte für die Sepsis boten nur wenige Facta, vornehmlich aber zwei: Bauchdeckenabscefs bei einer Laparotomierten und Lochiometra mit Streptokokkenbefund. Verfasser führt die Exantheme zurück auf die Resorption von Ptomainen, als Produkten pathogener Organismen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Puerperales Erythem, Scharlachfieber vortäuschend, von H. Bodilly. (*The Brit. med. Journ.* 17. März 1894.) Vier Tage nach der vollständig normalen Geburt eines Kindes bekam die Wöchnerin plötzlich an dem unteren Teile des Abdomens und an beiden Oberschenkeln einen roten Ausschlag, gleichzeitig stieg die vorher normale Temperatur auf 38,6 an. Am nächsten Tage war der ganze Körper von einem lebhaften Rot übergossen; die Temperatur war zur Norm zurückgekehrt. Der Ausschlag sah einer Scharlacheruption zum Verwechseln ähnlich; jedoch waren andere Symptome für die Annahme von Scharlachfieber nicht vorhanden. Die erythematöse Röte, welche die Patientin schon als Mädchen einige Male gehabt hatte, schwand rasch ohne Abschuppung dahin. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Antipyrinexanthem, von Heinrich Paschkis. (*Therap. Blätter.* 1894. No. 3.) Die verschiedenen Exanthemformen nach Antipyringebrauch sind besonders von Interesse, soweit sie zu Verwechselungen mit anderen Hautleiden Veranlassung geben können. Der berichtete Fall betrifft eine Dame, welche nach Antipyrin anfangs mehrmals einen Herpes progenitalis bekam. Sodann stellte sich statt dessen acht mal nach Antipyringebrauch ein Exanthem an dem linken Nasenflügel, an der linken Oberlippe und an einem kleinen Teile der Wange ein in Gestalt eines juckenden und schmerzenden Erythems, auf dem wasserhelle Bläschen emporschossen, die dann zu kleinen Geschwürchen wurden. Stets wirkte dabei das Antipyrin auf die Migräne. Seit einem Jahre hat dieses Exanthem nun wiederum einem anderen Platz gemacht, welches mit gröfster Regelmäfsigkeit auftritt, sobald Antipyrin gegeben wird. An der Beugefläche des linken Vorderarms, im unteren Drittel entsteht wenige Stunden nach dem Einnehmen ein ca. 1½ cm im Durchmesser haltender hellroter Erythemfleck, auf dem in den 2—3 nächsten Tagen 2—3 Quaddeln aufschiefsen, während das Zentrum erblafst. Eine gelbliche Verfärbung bleibt noch nach dem Erblassen des ganzen Fleckes bis zum achten Tage zurück. Antifebrin, Phenacetin

bewirkten nichts ähnliches, Salipyrin eine rasch vorübergehende Rötung des letzterwähnten Fleckes. Das letzte Mal blieb auch nach Antipyrin der Fleck, ebenso wie der günstige Heilerfolg aus.

Es handelt sich hier um partielle Erkrankungen der Haut, die wahrscheinlich nicht durch vasomotorische Innervationsstörungen bedingt sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zum Studium der Jodkalium-Eruptionen, von V. Casoli. (*Comment. clin. delle mal. cut. e gen.-ur.* 1894. No. 2—3.) Während die Jodakne seit langer Zeit bekannt war, gelang es erst den eifrigen Forschungen der letzten Jahre, eine ganze Reihe anderer Eruptionsformen als kutane Begleiterscheinungen des Jodismus zu charakterisieren, so daſs Morrow deren neun, Gémy deren acht aufstellen konnte. An der Hand eines reichhaltigen Materiales (meist Syphilitiker) aus der Klinik von Prof. Maiocchi-Bologna fand Verfasser Gelegenheit, das Thema zum Gegenstande klinischer, chemischer und mikrochemischer Untersuchungen zu machen. Als Resultat teilt er folgende Formen mit: 1. Hämorrhagische Eruptionen (Purpura, Hämostaxis, Hämoptoë): 2. knotenförmige (papulöses Exanthem, Erythema nodosum); 3. furunculo-anthracoide; 4. polymorphe (aus einer Kombination mehrerer Formen bestehend).

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

Reff, **Zur Kasuistik der Arzenei-Exantheme.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 26.) Verfasser beobachtete bei einer 60jährigen Pfründnerin, die an Gelenkrheumatismus litt, einen über den gröſsten Teil des Körpers verbreiteten Hautausschlag, der von allen Seiten zuerst als Pemphigus diagnosticiert wurde. Vorher hatte die Patientin Natrium salicylicum genommen, 6 : 150, und zwar zweimal. Schon nachdem sie einige Löffel der Arzenei zu sich genommen, sei das Leiden aufgetreten und hätte sich dann immer mehr gesteigert. Unter protrahierten Bädern und Borsalbeverbänden bildete sich das Exanthem völlig zurück. Als nun zu den Gelenkschwellungen eine Pleuritis hinzutrat, bekam Patientin neuerdings Natrium salicylicum, zunächst bloſs 1 g. Acht Stunden später hatte sich auf der Brust, dem Rücken, im Gesicht, namentlich an den Augenbrauen und Lidern, auf den Armen, Oberschenkeln, eine diffuse, flammende, auf Fingerdruck abblassende Röte ausgebildet, ein universelles Erythem mächtigster Art; die Haut des ganzen Körpers schien in toto geschwollen. Temperatur 40,5°. Der Harn ergab die typische Salicylreaktion, war eiweiſsfrei. Am nächsten Morgen war keine Spur des Exanthems mehr vorhanden, die Haut, wie gewöhnlich, blaſs. Die Diagnose war jetzt klar. Es handelte sich um ein Arzeneiexanthem von pemphigoider Form, erzeugt durch Natrium salicylicum, dessen Beginn als allgemeines Erythem auf experimentellem Wege hervorgerufen worden war. Ein Weitergebrauch des Mittels hätte wahrscheinlich eine Steigerung des exsudativen Prozesses bis zur Blasenbildung hervorgebracht. Interessant ist in diesem Falle, daſs schon eine so geringe Dosis, wie 1 g, ein so schweres Krankheitsbild hervorrief, sowie die später erhobene Thatsache, daſs die Kranke ein Jahr vorher gröſsere Dosen von Natrium salicylicum ohne Schaden vertragen hatte. Diese temporäre Idiosynkrasie ist im allgemeinen selten, ihre Erklärung schwierig; es harrt ja überhaupt die Pathogenese der Arzeneiexantheme noch immer auf befriedigende Forschung.

Neuhaus-München.

Traumatische Entzündungen.

Über die Heilung aseptischer Schnittwunden der menschlichen Haut, von Otto Busse. (*Virchows Arch.* Bd. 134.) Verfasser suchte folgende Fragen zu beantworten:

1. Woraus besteht und bildet sich die die Wundränder verklebende Masse?
2. Welchen Anteil haben die weifsen Blutkörperchen an den Heilungsvorgängen?
3. Welche Rolle spielt die Grundsubstanz bei den Gewebsveränderungen?

Er kommt auf Grund eingehender Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Verklebung der Wundränder findet nicht durch ein Exsudat, sondern direkt durch eine Quellung der Wundränder statt.

2. An der Heilung beteiligen sich durch indirekte Kernteilung die Gefäfs-Endothelien und die Bindegewebskörperchen, mögen diese nun wirkliche Zellen oder protoplasmalose, in der Grundsubstanz liegende Kerne sein. Zu einer irgendwie erheblichen Mitosenbildung in der Cutis kommt es vor Ende des zweiten Tages nicht.

3. Die sogenannte kleinzellige Infiltration kommt durch Vergröfserung der präexistierenden Bindegewebszellen, ferner durch eine Rückbildung der Grundsubstanz zu Kernen und Zellen, nicht durch eine Emigration von Leukocyten aus dem Blute zu stande. An der Umbildung zu Zellen beteiligen sich sowohl die elastischen Fasern, als auch die leimgebenden Faserbündel.

4. Ein Teil der den Leukocyten ähnlichen Elemente entsteht aus Kernen, in denen die Chromatinsubstanz in dieser eigenartigen Weise angeordnet ist. Alle diese Elemente sind einer weiteren Entwickelung fähig und können an der schliefslichen Neubildung teilnehmen.

5. Die Bildung der Grundsubstanz in der Narbe wird nicht durch eine Ausscheidung eines todten Materials von seiten der Zellen, sondern durch direkte Umwandlung der Zellen in Faserbündel bewirkt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Unguis incarnatus und andere Erkrankungen der Nägel, von Roswell Park. (*Med. News.* 25. November. 1893.) Vorstellung einer Frau mit dieser Affektion an drei Zehen, Besprechung der Ätiologie und der klinischen Erscheinungen des Leidens. In therapeutischer Beziehung empfiehlt P. das altherkömmliche Abreifsen des ganzen Nagels mit darauf folgendem Curettement des Nagelbettes oder Betupfen desselben mit Salpetersäure als die beste Radikalbehandlung. Die Hypertrophie der Nägel, Onychie und Paronychie werden auch besprochen.

Wesentlich neues enthält der Vortrag nicht. *Philippi-Nieheim.*

Unguis incarnatus: Cottings Operation nebst Thierscher Hauttransplantation am zweiten Tage. Vollständige Heilung in acht Tagen, von S. Tousey. (*New York. med. Journ.* 13. Mai. 1894.) Die Technik ist folgendermafsen: Man trägt vom lateralen Rande des Zehes parallel dem Nagel und der ganzen Länge desselben entsprechend unter Kokainanästhesie einen nicht zu kleinen Lappen Haut mit subkutanem Gewebe ab (Cotting). Verband mit Jodoformgaze und feste Umwickelung mit Mullbinde. Zwei Tage später wird der Verband mit sterilisierter (0,6 %) Kochsalzlösung aufgeweicht und vorsichtig ohne Blutung zu veranlassen entfernt. Dann wird die ganze wunde Stelle mit einem einzigen Thierschschen Hautläppchen, das am besten vom Arme ohne Anästhetikum zu entnehmen ist, bedeckt und mit feuchter Gaze und Guttaperchapapier verbunden. Verbandwechsel während der ersten Woche einen Tag um den anderen. Das Cottingsche Verfahren hat Verfasser 30 mal ausgeführt; seine eigene Modifikation vier mal mit bestem Erfolg. *Philippi-Nieheim.*

Das Ichthyol gegen Exkoriationen der Füfse, von Myrdarz. (*Sem. méd.* 1894. No. 32.) Die Exkoriationen der Füfse durch schlecht sitzendes Schuhwerk, besonders häufig bei Soldaten, sitzen an der Achillessehne, über den Zehen, an der Sohlenfläche, bald in Form von Hühneraugen, bald als oberflächliche Geschwüre, bald als lebhaft entzündete, sogar phlegmonöse Wunden. Im österreichischen Heere sind in 12 Jahren ca. 350000 Soldaten deswegen in den Spitälern behandelt, durchschnittliche Be-

handlungsdauer 16 Tage. Verfasser empfiehlt nun als besonders wirksam 20% Ichthyollösung zum Aufstreichen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Anusfissuren mit Ichthyol, von A. van der Willigen. (*Journ. de Méd.* 1894. No. 32.) Der Verfasser führt reines Ichthyol mittelst Pinsels in den Anus, durch die Kontraktion des Sphinkter wird das Ichthyol ausgedrückt, welches in alle Falten und Vertiefungen eindringt. Das Verfahren ist wenig schmerzhaft, wird einmal täglich wiederholt. Dazu wird flüssige Diät und von Zeit zu Zeit Ol. Ricini verordnet. Die erste Patientin wurde nach vergeblichen Heilversuchen mit allen möglichen Mitteln durch Ichthyol in acht Tagen geheilt, die anderen drei in 2—3 Wochen; eine war schon erfolglos operiert. Ein Recidiv wurde in keinem Falle beobachtet. Einmal entstand ein Ekzem, das schnell heilte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kasuistik tödlicher Verbrennungen, von Uibeleisen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 19.) Drei Männer, 58, 20 und 16 Jahre alt, wurden bei einer Pulverexplosion schwer verletzt, resp. verbrannt. Am stärksten verbrannt waren die Hände, Vorderarme und das Gesicht, aufserdem noch viele andere Körperstellen: Hals, ein Teil des Rumpfes und der Beckengegend, teilweise auch die Beine. Die Haut der Vorderarme war wie mumificiert, trocken, lederartig, schwärzlich gefärbt. Die übrigen Körperteile zeigten alle Grade der Verbrennung. Alle drei Patienten klagten über starken Frost. Das Hebrasche Dauerbad wurde wohl in Anwendung gebracht, aber infolge verschiedener Hindernisse erst spät und nur stundenweise. Alle Bemühungen waren jedoch ohne Erfolg, innerhalb 24 Stunden trat bei allen Dreien der Tod ein, obwohl nach Schätzung des Verfassers bei keinem zwei Dritteile der Körperfläche verbrannt war. Uibeleisen meint, dafs die andauernde, intensive Reizung der peripheren Nervenendigungen den tödlichen Ausgang verursachte, aber in der Weise, dafs sie eine permanente krankhafte Kontraktion der peripherischen Blutgefäfse bewirkte, wodurch die Haut kühl und die inneren Organe, namentlich auch das Herz und die Lungen mit Blut überfüllt wurden. Die andauernde Überlastung des Herzens führte dann schliefslich dessen Lähmung herbei. Bei dieser Annahme erklären sich auch ungezwungen die Erscheinungen der abnorm kühlen Haut (bis unter 35° C.), der Dyspnoe und des kleinen frequenten Pulses. Nach dieser Theorie wäre auch das Hebrasche Dauerbad rationell, von welchem noch am ehesten die Erschlaffung der peripheren Gefäfse und die Entlastung der inneren Organe zu erwarten sei. Ist es nicht anwendbar, wäre die Erzielung von Schweifs durch warme Getränke etc. zu versuchen, aufserdem als Herzmittel das Digitalis in Verbindung mit Excitantien. *Neuhaus-München.*

Zwei Fälle von Keratosis und Melanosis nach innerlichem Arsengebrauch, von E. Heuss-Zürich. (*Correspondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1894. No. 10.) Der erste Fall betrifft ein achtjähriges Mädchen, welches wegen Prurigo innerlich Arsenik erhalten hatte. Als die Dosis (eine Lösung von Solutio Fowleri und Aqua cinnamomi ää) auf 16 Tropfen pro die angestiegen war, stellte sich aufser anderen Zeichen von Arsenintoxikationen (Verdauungsbeschwerden, Ödem der Hand- und Fufsrücken) eine schwielenartige Verdickung der Handteller und Fufssohlen, bis zu den Finger- und Zehenspitzen ein. Am intensivsten befallen waren die vorspringenden Partien, wo die Haut gelb und wachsartig durchscheinend war. Unbeteiligt blieben die rillenfreien Stellen. Nach Aussetzen der Medikation stellte sich allmählich Restitutio ad integrum ein.

Die andere Patientin, eine 37jährige Frau, hatte wegen Lupus vulgaris disseminatus nach und nach eine Gesamtmenge von 0,5 Kalium arsenicosum konsumiert, als In-

toxikationserscheinungen in Gestalt eines intensiven Katarrhs der Respirationswege und Verdauungsbeschwerden eintraten. Gleichzeitig stellte sich eine intensive Braunfärbung (besonders im Gesichte) der ganzen Hautdecke ein; aufserdem liefs sich an Handtellern und Fufssohlen, ganz nach Art des vorigen Falles, eine diffuse Schwielenbildung nachweisen. Drei Monate nach Aussetzen des Arseniks waren die Erscheinungen bis auf geringe Reste geschwunden.

Ein besonderes Befallensein der Schweifsporen (Hutchinson) konnte Verfasser in seinen beiden Fällen nicht erkennen, wohl aber war die Schwielenbildung am ausgesprochensten an den Stellen, welche am reichlichsten mit Schweifsdrüsen ausgestattet sind. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Unangenehme Nebenwirkungen von amerikanischem Heftpflaster, von Max Kamm. (*Der ärztl. Praktiker.* 1894. No. 25.) In zwei Fällen, in welchen Heftpflaster zu Verbänden benutzt wurde, und zwar zuerst deutsches Fabrikat, welches gut vertragen wurde, stellte sich Dermatitis ein, als ein amerikanisches Präparat an seine Stelle trat.

Es erklärt sich das dadurch, dafs die amerikanischen Pflaster „salicyliert" sind die Salicylsäure hat nun diese Entzündungserscheinungen ausgelöst. Dieselbe ist aber beim einfachen Heftpflaster vollkommen überflüssig, und rät deshalb der Verfasser, lieber deutsche Fabrikate zu wählen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige Worte zu „Ein Beitrag zur Kenntnis der Jodoformdermatitis von Matschke", von Piltz. (*Deutsch. Med.-Zeitg.* 1894. No. 49.) Der Verfasser findet eine Idiosynkrasie gegen Jodoform sehr häufig. Am häufigsten werden die Hände afficiert; es entstehen Bläschen, die sich über den Bereich der Jodoformgaze hinaus ausdehnen, bei geeigneter Behandlung aber schnell eintrocknen. In anderem Falle kann die Haut nekrotisch, die Sekretion enorm werden. Zur Behandlung eignet sich vorzüglich Lassarsche Paste oder noch besser Zinkoxydöl (3 : 5). Nekrotische Haut wird am besten ausgeschnitten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Arnozan beschreibt (*Arch. clin. de Bordeaux.* 1894. No. 3) zwei Fälle von **bullöser Eruption nach Jodkaliumgebrauch.** In dem einen handelt es sich um einen ca. 50jährigen Mann mit Aortainsufficienz, bei dem sich nach Einnahme von vier täglichen Dosen Jodkalium eine pemphigusähnliche, grofsblasige, zum Teil hämorrhagische Eruption auf Gesicht und Händen einstellte, die sich nach Aussetzen des Medikamentes rasch zurückbildete, um an einigen der früher afficierten Stellen einer anderen Eruption in Gestalt von Plaques hämorrhagischer Papillen mit Dilatation der Drüsenausführungsgänge Platz zu machen. Im zweiten Falle (18jähriger Mann) trat unter gleichen Umständen ein polymorphes Erythem auf, auf das, einen Monat nach dessen Abheilung, eine pemphigoide Eruption folgte.

Verfasser glaubt, dafs hierbei das KJ direkt auf die Gefäfswandungen wirkte, und bringt den Vorgang in Analogie mit der Wirkung des Medikaments bei Arteriosklerose, Angina pectoris, Syphilis, Carcinom.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Rutkowski behandelte bei einem Syphilitiker ein **Jodkaliumexanthem** mit rundlichen, violettroten, im Centrum vertieften Papeln, begleitet von Fieber, Schmerzen in Knochen und Gelenken, Nebenhodeninduration. (*Prz. lek.* 1893. No. 52.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Neurotische Entzündungen.

Dubois-Havenith berichtet (*La Policlin.* 1894. No. 9) über mehrere Fälle von **Dermatosen nach moralischem Shock.** In dem einen Falle handelte es sich um eine 47jährige kinderlose Hysterica, welche seit der Pubertät an Menstruationsanomalien (Dysmenorrhoea exfoliativa) litt. Während einer solchen Menstruation wurde sie durch eine alarmierende Nachricht erschreckt, worauf nach einigen Tagen unter unausstehlichem Jucken und Brennen eine Herpeseruption an den Labien und deren Umgebung auftrat mit hochgradiger Schwellung der befallenen Partien. Die übrigen Fälle sind Beobachtungen von Leloir, welcher derartige Fälle klassificiert hat, und betreffen jüngere Individuen ebenfalls weiblichen Geschlechts, bei denen sich nach Schreck Pemphigus- und Ekzemeruptionen einstellten.

C. Müller-Freiburg (Schweis).

Ein Fall von Herpes zoster in den erythematösen, papulösen und vesikulösen Stadien, von J. A. Cantrell. (*Med. News.* 21. April 1894.) Eine 66jährige Italienerin zeigte an verschiedenen Stellen im Verlauf des äufseren Astes des Plexus brachialis an der rechten Schulter, dem Ober- und auch dem Vorderarm ausgesprochene Herpesbläschen nebst einigen erythematösen und papulösen Stellen. Die ersten Anfänge der Affektion waren acht Tage zuvor zu bemerken gewesen. Heftige Schmerzen hatten erst seit drei Tagen bestanden. Völlige Heilung trat nach etwa acht Tagen ein. Als interessant wird hervorgehoben, dafs die Affektion an einigen Stellen bereits im erythematösen Stadium abortierte, ohne ins Makulöse oder Vesikulöse überzugehen.

Philippi-Nieheim.

Wodon erwähnt (*Presse méd. belge.* 1894. No. 18) eines Falles von **Angina herpetica mit Herpeseruptionen in und auf der Nase** bei einer Frau nach unregelmäfsig verlaufenen Menses. Die Eruption war unter heftigen Allgemeinerscheinungen aufgetreten. W. bemerkte dabei rechts auf Mandel, Gaumensegel und -bogen, Zungengrund und Epiglottis kleine kongestive, etwas erhabene, unregelmäfsige Flecke, die sich in Bläschen umwandelten. Als dieser Schub am Abheilen war, trat ein ähnlicher auf der linken Seite auf, indem sich aufserhalb an der Nasenspitze und am Nasenflügel, sowie auf der Nasenscheidewand und der unteren Choane dieselben Flecke, wie oben beschrieben zeigten. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Spencer berichtet (*Lancet.* 9. Juni 1894) über einen Fall von **Bellscher Paralyse bei Herpes zoster** bei einer 70jährigen Frau, welche an subakutem Gelenkrheumatismus gelitten hatte. Nach Ablauf desselben stellten sich in der rechten Gesichts- und Halshälfte heftige neuralgische Schmerzen und nach zwei Tagen ein typischer Zoster im Gebiete des Plexus cervicalis superficialis ein. Nach weiteren fünf Tagen Ausbildung einer Bellschen Lähmung. (*Rif. méd.* 1894. No. 140).

C. Müller-Freiburg (Schweis).

Herpes zoster und Tuberkulose, von Rendu. (*Presse méd.* 1893.) Anknüpfend an einen Fall bespricht Rendu das Vorkommen von Gürtelrose bei Lungenschwindsucht im allgemeinen, wobei er darauf hinweist, dafs sich dieser Zoster zuweilen lange vorher durch Schmerzen in anderen Körpergegenden ankündigt, und dafs er länger andauern kann, als ein unkomplicierter Zoster. Auch nimmt er eine ursächliche Beziehung zwischen Tuberkulose und Zoster an. *Türkheim-Hamburg.*

Tuberkulose und Herpes zoster ex influenza. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 21.) Huchard beobachtete bei einem 23jährigen Tuberkulösen, bei dem sich aufserdem eine Influenza mit linkseitiger Lungenkongestion eingestellt hatte, einen Herpes zoster lumbo-abdominalis und knüpft hieran bezüglich des Zusammenhanges zwischen

Tuberkulose und Zoster folgende Beobachtungen: 1. Ein Herpes entsteht durch direkte entzündliche Propagation und hat seinen Sitz am Thorax. 2. Er entsteht unter dem Einflusse von Tuberkulo-Toxinen und tritt dann an entfernten Stellen auf. Beim Patienten H.s bildete die Influenza das Bindeglied.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von Erythromelalgie, von J. Mutschnik. (*Süd-Russ. med. Wochenschr.* 1894. No. 7. Nach *Allg. med. Centr.-Ztg.* 1894. No. 42.) Die an Malaria leidende Patientin empfand während eines Fieberparoxismus plötzlich Schmerz in der grofsen Zehe des linken Fufses, der dann täglich auftrat und zwei Stunden anhielt; nur ein heftiges Jucken der Sohle stellte sich nachher ein. Dazu kommen Schmerzen im linken Arm und in der linken Kopfhälfte; die Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten fallen nicht immer zusammen. Zeitweilig heftiger Schwindel, sogar Bewufstlosigkeit. Sonst gutes Befinden, nur in letzter Zeit Beeinträchtigung der Bewegung in den linken Extremitäten. Objektives Untersuchungsergebnis: Herz. dämpfung verbreitert, Töne unrein, spurweise Albuminurie. Die Zehen des linken Fufses warm, bläulich angelaufen; Schmerzpunkt unweit des Nagels. Der erste bis dritte Finger der linken Hand angeschwollen, stark cyanotisch, in der Bewegung gehemmt. Im Gesicht die linke Temporalis stark geschlängelt; Gesicht gerötet; Conjunctivae hyperämisch. Schmerzen und Fieberparoxismen gehen Hand in Hand.

Die afficierten Stellen entsprechen dem Nervus plantaris lateralis und medius, dem Nervus radialis und medianus. In diesem Falle, dem nach Verfassers Ansicht eine Affektion der Hirnzentren zu Grunde liegt, ist Malaria die Ursache der Erythromelalgie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Hebrasche Prurigo, von A. Neisser. In der medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur stellt Neisser ein 6jähriges Mädchen vor mit den typischen Erscheinungen der Hebraschen Prurigo, der nach zwei Richtungen interessantes bietet. Erstens ist die Erkrankung bestimmt erst vor drei Wochen im Anschlufs an ein mit Fieber einhergehendes „akutes Exanthem" aufgetreten. Zweitens läfst sich der Urticariacharakter der Prurigoknötchen in ausgezeichneter Weise demonstrieren. Der Vortragende hält die Prurigo wie die Urticaria für eine Neurose der Haut, die mit vasomotorischen Störungen Hand in Hand geht. Beim Prurigoknötchen, ebenso wie beim sogenannten Lichen urticatus sive Strophulus, sind oberflächlichere, entzündliche Läsionen vorhanden, während die gewöhnliche Urticaria in tieferen Lagen der Haut sitzt. Das Freibleiben der Gelenke bei der Prurigo führte Auspitz auf das Fehlen grofser Wurzelhaare und der entsprechenden Arrectores zurück. Der Vortragende erkennt den Krampf der letzteren aber nicht an, sieht aber auch in anatomischen Differenzen die Ursache des Freibleibens (geringerer Nerven- und Gefäfsreichtum). Die Hebrasche Regel, dafs Prurigo unheilbar ist, gilt nicht für alle Fälle, besonders nicht für beginnende. Bei guter Hautpflege und Versorgung werden diese, wie die Urticaria, der Strophulus, der Lichen urticatus geheilt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Glykosurie, ein weiteres Symptom, welches auf den neurotischen Ursprung der Dermatitis herpetiformis (Duhring) hindeutet, von J. McWinfield. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* November 1893.) Verfasser beschreibt vier Fälle, von denen wir den ersten ausführlich mitteilen.

Der 29jährige, kräftige, gut entwickelte Mann bemerkte während einer geistig anstrengenden Beschäftigung am Halse und am rechten Ohre einige schmerzhafte, juckende Bläschen. Dieselben vermehrten sich rapide. In kurzer Zeit waren Schultern, Arme, Brust, Gesäfs und Oberschenkel befallen. Der Ausschlag zeigte bei der ersten

Besichtigung einen multiformen Charakter. Papeln, Bläschen, Pusteln waren über die befallenen Partien hier und da zerstreut, stellenweise aber auch zu Gruppen angeordnet. Die Bläschen variierten sehr in ihrer Größe. Manche sahen aus wie Pemphigusblasen. Die Beschwerden des Patienten bestanden beim Ausbruch der Affektion in Brennen, später in Jucken, das mit dem Fortschreiten der Krankheit an Intensität zunahm. Während der ganzen Krankheit litt der Patient an Polyurie. Der Harn hatte ein spezifisches Gewicht von 1030, war eiweißfrei, aber zuckerhaltig. Der Zuckergehalt wechselte von minimalen Spuren bis zu 5%.

Die Therapie war darauf gerichtet, den Juckreiz zu mildern, die Schlaflosigkeit zu beseitigen, über das Nervensystem zu beruhigen.

Es wurden innerlich Brom und Chloral verordnet, äußerlich Lösungen und Salben gegen den Pruritus. Wegen des bestehenden Diabetes wurde auf eine entsprechend geregelte Diät streng geachtet. Nach Verlauf eines Monats seit Beginn der Krankheit konnte der Patient geheilt entlassen werden.

Vierzehn Monate später stellte er sich wieder mit denselben Hauterscheinungen, aber dieses Mal in geringerem Grade vor. Der Urin enthielt wieder bis 1% Zucker. Die Behandlung war dieselbe wie das erste Mal. Der Patient wurde angewiesen, anstrengende geistige Thätigkeit, jede Aufregung zu vermeiden. Die Heilung erfolgte schnell. Seitdem ist innerhalb von sechs Jahren kein Recidiv mehr eingetreten. Der vorstehende Fall, wie auch die anderen drei vom Verfasser beschriebenen, beweist, daß die Dermatitis herpetiformis Duhring neurotischen Ursprunges ist, da nach nervösem Shock mit den nervösen Symptomen nicht selten Glykosurie aufzutreten pflegt. *C. Berliner-Aachen.*

Akute Exantheme.

Beitrag zur Kenntnis der gleichzeitigen Entstehung von zwei verschiedenen exanthematischen Krankheiten, von B. S. Talmey. (*New York Med. Journ.* 3. Febr. 1894.) Ein acht Monate alter Knabe erkrankte mit Scharlach und wurde im Hospital aufgenommen, wo er am vierten Krankheitstage starb. Nach weiteren acht Tagen erkrankte der Bruder (zwei Jahr acht Monate alt) und entwickelte eine typische Scarlatina. Am siebenten Krankheitstage, als Fieber und Ausschlag nachgelassen hatten, neue Temperatursteigerung und Ausbruch von ganz ausgesprochenen Varicellen, welche einige Tage anhielten. Im weiteren Verlauf starke Albuminurie und auch urämische Erscheinungen. Schließlich Heilung unter der vom Verfasser warm empfohlenen hydropathischen Behandlung. — Es ist anzunehmen, daß die Infektion mit beiden Krankheiten gleichzeitig, vielleicht vom jüngeren Bruder aus, stattfand, da die Inkubationsdauer der Varicellen 13—16 Tage, die der Scarlatina gewöhnlich 5—8 Tage beträgt. Einschlägige Litteratur ist auch erwähnt.
Philippi-Nieheim.

Hautausschläge infolge von Septikämie nach Scharlach und Diphtherie, von Manning. (*Brit. med. Journ.* 1. April. 1893.) Verfasser sah in 2,1% seiner 6000 Fälle von Scharlach und Diphtherie einen Ausschlag, den er als Folge der Resorption von Toxinen auffaßt, die bei ulcerösen Prozessen im Rachen sich bilden. Der Ausschlag befiel meist Kinder unter drei Jahren, trat gewöhnlich in der zweiten oder dritten Woche auf und endete meist letal. Es erschienen dunkelrote, scharf begrenzte Flecken unter Fiebersteigerung auf der Haut, meist zuerst über Knochenvorsprüngen, seltener im Gesicht; sie vermehrten sich und überzogen manchmal den ganzen Körper; starke Unruhe und Kräfteverfall; manchmal verschwanden die Flecke nach einigen Tagen und die Haut schuppte ab, häufig aber zeigte sich sehr bald der Ausschlag von neuem und breitete sich dann sehr rasch aus. Der Tod erfolgte unter

Hinzutritt von Pneumonie, Diarrhoe, Erbrechen. Bei den Sektionen fanden sich die Herzklappen entzündet, die Nieren im Zustande der trüben Schwellung. Die Therapie vermag wenig, Hauptaufgabe ist die Erhaltung der Kräfte; prophylaktisch mufs man den Rachen desinfizieren, um die Sepsis zu verhüten. Die Diagnose ist leicht, viele Autoren fassen das Exanthem als einen Relaps der Scarlatina auf.

F. Hahn-Bremen.

In *het Nederl. Tijdschrift voor Geneesk.* (Jahrg. 1893. II. S. 32) teilt Dr. Haakma Tresling mit, dafs nach der grofsen Epidemie von 1871 in Winschoten die **Masern** in derselben Stadt epidemisch waren in den Jahren 1878, 1881, 1882, 1884, 1887 und 1892—93, und zwar in resp. 260, 12, 84, 112, 281, 350 Familien mit 624, 29, 201, 268, 674 und 843 Kranken. Die letzte Epidemie war die schlimmste. Die Krankheit fand ihre erste und gröfste Ausbreitung in den verschiedenen Schulen, zeigte sich von Jahreszeiten unabhängig und dauerte von 100—120 Tagen. Das Stadium prodromorum dauerte in den meisten Fällen 3—5 Tage, bisweilen auch 8, 12, sogar 14 Tage.

Das Exanthem entstand am Kopfe (regio temporalis), von wo es sich nach unten ausbildete. Das Fieber stieg bis 30,5°—40,5°. In 1892/93 wurden in 120 Tagen 843 Personen = 10,52% der Bevölkerung befallen, wovon 410 männlichen, 433 weiblichen Geschlechtes.

Unter 1 Jahr 33; von 1—5 Jahr 287; von 5—11 Jahr 493; von 11 Jahr und darüber 30.

Im ganzen starben 6,40% und zwar von männlichen Patienten 5,36% und von weiblichen 7,29%.

Nach dem Alter starben unter 1 Jahr 51,51%; von 1—5 Jahr 11,11%; von 5—11 Jahr 0,85% und über 11 Jahr 0,1%. Diese Statistik zeigt deutlich die Gefährlichkeit für die erste Kindheit.

Aus dem ersten gesellschaftlichen Stande starben 1,11%, aus dem mittleren 2,90% und aus dem letzten 9,03% der Kranken. Im jugendlichen Alter machte aber der Stand wenig Unterschied.

Die Nebenkrankheiten waren meistens Bronchitis, Bronchiolitis, Pneumonia catarrhalis. In den verschiedenen Epidemien war in der Zahl der Gestorbenen ein Unterschied von 0,34% (1884) bis 6,43% (1892/93), durchschnittlich aber 3,42%, welche Zahl mit den Statistiken von Guinon, Thomas, Bohn übereinstimmt. Obgleich einige das Recidivieren der Masern bei Personen, die diese Krankheit schon vor längerer Zeit gehabt haben, bezweifeln, so führt doch der Verfasser einige bestimmte Fälle an, die zum ersten Male im Jahr 1862 oder 1865 und zum zweiten Male im Jahr 1871 von Morbillen befallen worden sind.

Was die Prophylaxis anbelangt, so meint man, dafs nur die Absonderung der Kranken Wert haben kann. Verfasser wünscht eine Abänderung des Gesetzes gegen ansteckende Krankheiten in Holland, weil dieses, nach seinem Wissen, das einzige ist, wobei Masern in eine Linie gestellt werden mit anderen ansteckenden Krankheiten.

Er will, dafs nur, wenn der Medizinal-Inspektor es für nötig hält, die Krankheit angegeben oder ein Kennzeichen an die angesteckten Häuser angebracht werden soll. Dadurch würde der Grund für das Verheimlichen der Krankheit wegfallen, und man würde die Ausbreitung und die Art der Krankheit besser und gründlicher kennen lernen, indem es weniger oft passieren würde, dafs der Arzt zu einem schweren Patienten gerufen wird, der schon die Masern gehabt und jetzt Pneumonia, Pleuritis u. s. w. hat, bei dem es aber besser gewesen wäre, dafs der Arzt gleich von Anfang an die Krankheit behandelt hätte.

Es wird bei den existierenden Gesetzen kein Arzt gerufen, weil man das Kennzeichen einer ansteckenden Krankheit am Hause vermeiden will; aufserdem werden die scheinbar gesunden Hausgenossen die Krankheit in den Schulen und im allgemeinen Verkehr fortpflanzen. *Spruyt Landskron-Amsterdam.*

Die Hautgangrän bei Masern, von MENZI. (*Gazetta medica di Torino.* 1894. No. 19. *Allgem. Med. Centr.-Zeitg.* 1894. No. 50.) Gangrän der Haut ist eine häufige Folge der Masern; nach HENOCH hat sie oft die Form des Ecthyma cachecticorum. Sie kann sogar bei noch bestehendem Exanthem auftreten. Verfasser teilt drei Fälle und die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung mit, welche in zwei Fällen am zweiten, im letzten Fall am zehnten Tage vorgenommen war. Er fand pyogenen Staphylococcus aureus, Proteus vulgaris, einen dem Diphterieurheber ähnlichen Bacillus. — Nach subkutaner Injektion von 2 ccm der Bacillenkultur des Proteus vulgaris und 1 ccm der Bouillonkultur von Staphylococcus aureus bei einem Kaninchen trat nach 24 Stunden lebhafte Röte und Ödem, nach 48 Stunden sich zentrifugal ausbreitende Ulceration ein, die ein spärliches, graues Sekret wie bei Maserngangrän lieferte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Masern unmittelbar nach Röteln, von F. THEODOR. (*Arch. f. Kinderhlkde.* XVI. 12.) Zu einer Zeit, in der in Königsberg i. Pr. Röteln und Masern nebeneinander herrschten, hat Verfasser folgenden Fall beobachtet: Bei einem fünfjährigen Knaben brachen ohne jede Prodrome charakteristische Röteln aus; kein Fieber, keine katarrhalische Erscheinungen, nur Drüsenschwellungen am Halse. Am dritten Tage war der Ausschlag geschwunden, nur hin und wieder kleienförmige Abschuppung. Zwei Tage darauf plötzlich Erbrechen, 38,9°, Conjunctivitis, Schnupfen; erst drei weitere Tage später Masernausschlag, der fünf Tage darauf zum Abschuppen führte, ohne dafs das Fieber sank. Entfieberung trat erst einen Tag später auf unter Delirien und Ausbruch eines varicellenartigen Ausschlages.

Verfasser motiviert seine Diagnose und geht dann auf die Stellung der Rubeola zu Masern und Scharlach ein, für die Selbständigkeit der Röteln eintretend.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Röteln, von MEREDITH. (*The Lancet.* 22. Juli 1893.) Verfasser schildert eine kleine von ihm beobachtete Rötelnepidemie, die nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene betraf. Er teilt zehn Fälle mit, die ein gutes Bild von der Erkrankung geben und die Unterschiede von Scharlach und Masern charakterisieren.

F. Hahn-Bremen.

Progressive Ernährungsstörungen.

Umwandlung gutartiger Tumoren in bösartige, von H. SNOW. (*The Practitioner.* September 1893.) Durch eine Anzahl von Fällen will Verfasser die Thatsache erhärten, dafs es keine absolut sichere Abgrenzung zwischen benignen und malignen Tumoren giebt. Je nach der Neigung, malign zu werden, teilt Verfasser die benignen Geschwülste ein in: 1. solche, welche sehr selten malign werden: Lipome, Osteome, Atherome; 2. solche, bei denen eine Umwandlung ziemlich häufig ist: Uterusmyome, Chondrome (des Schultergelenkes); 3. solche, die stets bösartig werden: alle Tumoren der Mamma während der Devolution. Die Cysten werden malign durch Reizung der Umgebung, durch intracystische Wucherung oder Übergang frisch gewucherten fibrösen Gewebes in Spindelzellensarkom. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pikrinsäure in der Behandlung des Epithelioma, von MORAU. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 633.) Pikrinsäure löst sich im Wasser im Verhältnis von 2 : 100.

Mit dieser Lösung hat Morau Versuche an den verschiedenen Körpergeweben angestellt. Die Epithelien scheinen am empfindlichsten dagegen zu sein, indem ihr Protoplasma schon nach kurzer Zeit glasig wird. Ähnlich verhalten sich die übrigen Gewebe. Morau hat alsdann an Mäusen weiter experimentiert, indem er ihnen in krebsiges Gewebe Pikrinsäurelösung einspritzte; in allen zwölf Fällen folgte eine wesentliche Verminderung des Krebsknotens. In 4—5 Fällen trat allerdings auch eine zum Tode führende Blutung ein. Schliefslich hat Morau auch einen Krebs des Gliedes, der ganz inoperabel war, mit seiner Pikrinsäurelösung bepinselt und sehr schnell eine Besserung erzielt. *Türkheim-Hamburg.*

Epithelioma des linken unteren Augenlides, von Socor. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 615.) Das Pyoktanin erwies sich in diesem Falle als nutzlos. Socor bezeichnet die Exstirpation als einzig richtige Behandlung der bösartigen Geschwülste. *Türkheim-Hamburg.*

Die Übertragbarkeit des Carcinoms, von Geissler. (*Arch. f. klin. Chir.* 1893. Bd. 46. No. 3. — *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1893. No. 24.) Verfasser hat Carcinomstücke möglichst frisch subdural verimpft unter Vermeidung ulcerierter Stellen. Fünfundzwanzig Kaninchen wurden benutzt und zum Teil Kontrollversuche mit Sarkomstücken, Muskelfleisch, Milchdrüsengewebe angestellt. Die Tiere wurden durch Chloroform getötet, die in Alkohol gehärteten Gehirne samt der entkalkten Schädelkapsel geschnitten. Die implantierten Stücke waren in Bindegewebe umgewandelt, Volumzunahme oder gar Wucherung waren nicht nachweisbar, Metastasen und Lymphdrüseninfiltrationen fehlten. Absoluteste Aseptik ist zu dem Gelingen nötig; carcinomatöses Mammagewebe, welches, frisch implantiert, Tieren nicht schadete, tötete sie prompt, wenn man es eine Nacht hatte liegen lassen. Die Resultate von Adamkiewicz sind auf mangelnde Asepsis zurückzuführen; die von ihm geschilderten Folgen sind hervorgerufen durch die Einwirkung von Leichengewebe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über parasitäre Zelleinschlüsse in sarkomatösen Geweben, von A. D. Pawlowsky. (*Virch. Arch.* 1893. Bd. 133. Heft 1.) In 14 Sarkomen fand Verfasser innerhalb und auch aufserhalb der Zellen polymorphe, vorwiegend runde oder ovale Körper, frei oder von einer einfach oder auch doppelt konturierten Kapsel umgeben. Sie boten die Erscheinung des Metachromatismus. Verfasser hält diese Gebilde für zu den Protozoen zählende Mikrosporidien; die ovalen Körper sind Sporen, aus denen durch Teilung Sporocysten hervorgehen. Ein ätiologischer Zusammenhang zwischen diesen Körpern und den Sarkomen soll bestehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Tumor cruralis congenitus mit maligner Degeneration und Metastasenbildung, von Eduard Funk. (*Prag. med. Wochenschr.* 1894. No. 2.) Verfasser berichtet über ein Kind, das bei der Geburt schon einen apfelgrofsen Tumor rechts von der Raphe perinei zeigte, der bald lebhaft zu wachsen begann. Bei der Operation erwies sich derselbe als stark mit dem Os sacrum und coccygeum verwachsen. Das Kind erlag dem Eingriff. Bei der Sektion fand man noch einen kleinwallnufsgrofsen Tumor im Cavum ischiorectale der anderen Seite. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um eine Dermoidcyste mit sarkomatöser Degeneration handelte und der bei der Sektion gefundene Tumor bereits eine Metastase darstellte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Leukämie, von Schultze. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 3.) Der Vortragende berichtet über 13 Fälle von Leukämie, 7 Männer und 6 Frauen. Meistens handelte es sich um lienale Form, einmal um lymphatische, einmal um gemischte. Eine bestimmte Ursache war nicht zu ergründen. Bei Syphilis kann man ein ähn-

liches Bild, Milztumor und mäfsige Leukocytose, finden; es entsteht aber nie daraus eigentliche Leukämie. Von den geschilderten Symptomen hebe ich nur einige hervor. Die Anämie ist meist vorhanden, kann aber selbst in vorgeschrittenen Fällen sowohl an Haut, wie an Schleimhäuten vermifst werden. Eine Chlorose im Beginn bewirkt gewöhnlich eine stärkere Blässe, als eine vorgeschrittene Chlorose. Bemerkenswert ist eine Vermehrung der Harnsäureausscheidung. Störungen der Harnsäureausscheidung kommen vor: einmal wurde über häufigen Harndrang geklagt, einmal stockte die Harnentleerung zeitweise ganz. Einmal traten die Erscheinungen einer Nierenkolik auf; vielleicht war Nierenblutung mit Gerinnselbildung die Ursache, da Blutkörper im Harne zeitweise nach dem Anfalle nachgewiesen wurden. In einem Falle wurde Phlebitis der varikösen Venen des Unterschenkels beobachtet; dieselben schwollen an, wurden schmerzhaft; zu beiden Seiten entstand ein roter Hof und Infiltration. Die Sektion erwies Thrombosen der Venen mit Phlebitis und Periphlebitis. Ein wahres Erythema nodosum kam einmal am Unterschenkel vor. Priapismus, 6—8 Wochen lang anhaltend, quälte einen Patienten; das Glied wurde stark vergröfsert und auf Druck schmerzhaft. Blutung in der Umgebung der Corpora cavernosa kann, da Verfärbung fehlte, nicht die Ursache gewesen sein, ebensowenig Entzündung. Eine permanente Reizung der Nervi erigentes anzunehmen, ist man auch nicht berechtigt, da die sonst vorkommenden Neuritiden Lähmungserscheinungen bewirken. Wahrscheinlicher ist eine Gerinnung des Blutes in den Corpora cavernosa, also eine richtige Thrombose. Die Therapie ist ziemlich trostlos; Arsenik bewirkt zeitweilige Besserung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur pathologischen Histologie, Ätiologie und Pathogenese des Condyloma acuminatum, von Ducrey und Oro. (Napoli 1893.) Die Verfasser resumieren die Resultate ihrer Untersuchungen in folgenden Sätzen:

1. Das Condyloma acuminatum mufs in die Klasse der Papillome eingereiht werden.

2. Das klinische Bild rechtfertigt die Annahme eines parasitären Ursprungs der Affektion.

3. Unsere bakteriologischen und experimentellen Untersuchungen haben ein negatives Resultat ergeben.

4. Der histologische Befund der Läsionen ergab das Vorhandensein von nicht genau bestimmten Gebilden, welche mit denjenigen eine gewisse Analogie aufweisen, die von verschiedenen Autoren beim Epitheliom, dem Molluscum, der Pagetschen Krankheit, der Darierschen Dermatose etc. als Sporozoen, Psorospermien beschrieben wurden. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Behandlung der Warzen, von Dubois-Havenith. (*La Policlinique.* 1894. No. 1.) Vortragender hat niemals den geringsten Erfolg gesehen von innerlicher Darreichung des Arseniks oder der Magnesiapräparate. Die von verschiedenen Seiten gemeldeten günstigen Resultate müssen demnach auf Zufall beruhen. Dubois-Havenith spricht den Warzen eine parasitäre Ätiologie zu. Bei der Therapie ist von einer schablonenmäfsigen Anwendung starker Caustica zu warnen, weil leicht sehr entstellende Narben entstehen können, die das Übel nur vergröfsern. Bei multiplen Warzen des Gesichts und der Hände verordnet deshalb Dubois-Havenith Einreibungen von Hebraschem Seifenspiritus, denen er Applikationen von Resorcin- und Salicylsäurepflaster folgen läfst. Bei einzelnstehenden Exkrescenzen, sowie den Verrucae seniles ist der Galvanokauter zu empfehlen, begleitet von Auskratzungen mit dem scharfen Löffel, und Kauterisation mit Chlorzinklösung.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Cornu unguale, von Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*Internat. Clinics.* Vol. IV. II. Serie.) Der 30jährige Patient von mexikanisch-amerikanischer Abstammung ist seit seiner Geburt mit der Affektion behaftet. Aus jedem Finger- und Daumennagel wächst perpendikulär ein Horn hervor, dessen Basis der Nagel bildet, und dessen Länge etwa 4 Zoll beträgt. Alle diese Hörner zeigen eine schwache Krümmung nach dem Handrücken zu. Auf der Palmarfläche beider Hände nahe dem Handgelenke sieht man umfangreiche, mit der Haut fest verwachsene, hornige Auswüchse. Ganz denselben Zustand zeigen die Füfse und Zehennägel. Nur verursachen hier die hornigen Massen und Auswüchse wegen des Druckes dem Patienten beim Gehen beträchtliche Schmerzen.

Bei der Therapie kommt es hauptsächlich darauf an, den Prozefs zum Stillstand zu bringen. Excision und nachfolgende Kauterisation können die Recidive nicht verhindern. Da es sich nach Ansicht des Verfassers um einen trophoneurotischen Zustand handelt, so ist es am besten, durch Tonica, vor allem das sympathische System, zu kräftigen. *C. Berliner-Aachen.*

Spontanes Keloid, von Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*Internat Clinics.* Vol. II. II. Serie.) Verfasser beschreibt einen sehr prägnanten Fall von multiplen (spontanen) Keloiden. Der 31jährige Patient, ein Mulatte, ist hereditär für Hautkrankheiten nicht belastet.

Die Affektion begann im Anschlufs an die Impfung. An der abgeheilten Impfstelle des rechten Armes entstand zuerst ein kleines Knötchen, das mehrere Jahre stationär blieb, dann aber bis zur Gröfse eines Silberdollars sich ziemlich rasch vergröfserte. Gleichzeitig entstanden an demselben Arme neue Knoten, später zeigten sich solche auf der Brust, an den Hüften, am linken Arme, im Gesichte, an den Schultern. Die Tumoren sind rund oder ovoid, und wenn sie eine gewisse Gröfse erreicht haben, im Zentrum leicht vertieft. Diese Vertiefung ist der Rest eines Eiterungsprozesses, welcher nach den Angaben des Patienten zeitweilig in den Knoten sich abgespielt hat. Die Tumoren sind auf der darunter befindlichen Lage leicht verschiebbar. Zuweilen empfindet der Patient an den Knoten neuralgische Schmerzen.

Verfasser bespricht die pathologische Anatomie der spontanen Keloide, giebt die Unterschiede zwischen spontanen Keloiden, Narbenkeloiden und hypertrophischen Narben an. *C. Berliner-Aachen.*

Wodon-Brüssel berichtet über einen Fall von **Fibrom des Gaumensegels** bei einem 10jährigen, etwas schwächlichen Mädchen. Der gestielte, ca. 5 cm lange und 1 cm breite Tumor verursachte ziemlich beträchtliche Schlingbeschwerden und wurde galvanokaustisch entfernt. (*Presse méd. belge.* 1894. No 1.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über symmetrisches Auftreten von Lipomen, von A. Köttnitz. (*Zeitschr. f. Chir.*) Die Entstehungsweise der multiplen Lipome hat Grosch 1887 zum Gegenstande einer eingehenden Erörterung gemacht und ist dabei zu dem Schlusse gekommen, dafs die Lokalisation der Lipome sich in einem bestimmten Abhängigkeitsverhältnisse zu der Ausbreitung der Talg- und Schweifsdrüsen befindet, insofern die Disposition zur Geschwulstbildung umgekehrt proportional dem Drüsenreichtum ist. Wo Haarwuchs am üppigsten, Talg- und Schweifsdrüsen am reichlichsten sind, sind Lipome am seltensten. Die Drüsensekretion ist eben für den Panniculus adiposus von grofser Bedeutung. Diese von Grosch aufgestellte Hypothese hat verschiedene Beurteilung gefunden, was ja aus der citierten Litteratur hervorgeht; jedenfalls fügen sich lange nicht alle Fälle in dieselbe. Mehr Schwierigkeiten noch setzt der Erklärung das symmetrische Auftreten der Lipome entgegen. Verfasser berichtet über zwei eigene

Fälle von symmetrischen Lipomen und citiert eine Reihe weiterer aus der Litteratur. In dem ersten Falle verliert eine 27jährige Frau schon die Menses; Schmerzattacken und symmetrische Lipome entstehen am Vorderarm, Oberarm, Brust, Bauch, Oberschenkel, Hals; die Tumoren der rechten Seite sind gröfser. Im zweiten Falle entwickeln sich die Lipome symmetrisch an Kniegelenken, Vorderarmen im Anschluſs an eine schwere Neurose. Beide hatten viel Sorge und Kummer durchgemacht. Zwölf Fälle aus der Litteratur bilden mit diesen zwei Fällen eine Gruppe, da in ihnen nervöse oder rheumatische Erscheinungen mitsprechen. Dieser Gruppe steht nun eine andere gegenüber, in der die Entwickelung der symmetrischen Lipome vollkommen symptomlos verläuft; eine groſse Reihe von Fällen wird aufgeführt. Die zur ersten Gruppe gehörigen bezeichnet Alsberg als Neurolipome und nimmt an, daſs sie von der bindegewebigen Hülle der Nerven ausgeht, während Riedel die Schmerzen als sekundär durch Druck der Lipome entstanden ansieht; jedoch muſs hervorgehoben werden, daſs die Schmerzen oft sogar den Lipomen vorausgehen. Grosch sucht nun die symmetrischen Lipome samt den Begleiterscheinungen durch die neue Hypothese zu erklären: eine durch Innervationsstörung bedingte Sekretverminderung soll die Entstehung der Lipome vermitteln. Verfasser hebt die gegen diese Hypothese, die vielleicht für Obesitas nimia eine Erklärung geben könnte, sprechenden Momente hervor, um schlieſslich zu dem Ergebnis zu kommen, daſs eine Trophoneurose als Ursache angenommen werden muſs ohne Vermittelung der Drüsenthätigkeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das symmetrische Auftreten von Lipomen. (*Rif. med.* 1894. No. 22.) Es ist längst bekannt, daſs Lipome mit Vorliebe an Körperstellen auftreten, welche einem intensiveren Drucke ausgesetzt sind. Nun haben verschiedene Autoren (Köttstz, Buchterkirch und Bumke etc.) eine Anzahl von Fällen teils selbst beobachtet, teils aus der Litteratur zusammengestellt, welche sehr zu Gunsten eines nervösen Ursprungs der genannten Tumoren sprechen: es handelt sich um das symmetrische Auftreten zahlreicher Lipome an verschiedenen Körpergegenden. Bei einzelnen derselben waren vor den Geschwülsten mehr oder wenige heftige neuralgische Schmerzen beobachtet worden, bei anderen fehlten diese vollständig, und in einem Falle war eine heftige Erschütterung der Wirbelsäule vorausgegangen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Natur des Xanthoms, nebst einigen kritischen Bemerkungen über das Wesen der Tumoren, von Ludwig Török. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 1109.) In der Einleitung beschäftigt sich T. mit den drei Arten von Xanthomen: dem Xanthoma vulgare, dem Xanthoma elasticum und dem Xanthoma diabeticum; jedem ist ein besonderer Abschnitt gewidmet; der erste und längste dem Xanthoma vulgare.

Die von Besnier vorgeschlagene Einteilung dieser Arten in drei Unterarten läſst er für das Xanthoma vulgare gelten; daneben lieſse sich für letzteres auch eine Einteilung in Xanthoma localisatum und Xanthoma disseminatum aufstellen; ersteres findet sich fast nur an den Augenlidern, so daſs man auch schlechtweg von einem Xanthoma palpebrale spricht. Aus dem Xanthoma juvenile eine besondere Varietät zu machen, hält er nicht für berechtigt.

Das Xanthoma vulgare besteht histologisch aus unvollkommen entwickelten Fettzellen, die sich an einem ungewohnten Orte bilden. Welches aber sind die Bedingungen, die zu dieser abnormen Entwickelung führen? Die hyperaktive Proliferation gewisser Zellen, antwortet Török, die zu einer fettigen Umbildung geeignet sind; die Anlage hierzu ist eine angeborene. Unter solchen, zur fettigen Umbildung geeigneten Zellen versteht er aber keineswegs versprengte, fettbildende Keime, sog.

„Lipoblasten", wie Toldt und Löwe wollen, sondern echte Bindegewebszellen. Er folgert dies aus dem Wachstum der Xanthome, aus der Art, wie immer mehr von den benachbarten Bindegewebszellen fettig infiltriert werden, ja, gerade aus dem histologischen Aufbau der Xanthome schliefst er, dafs Flemming recht hat mit seiner Behauptung, die Fettzellen im allgemeinen bilden sich nicht aus besonderen Zellen, sondern aus Bindegewebszellen.

Die bei der Xanthomatose so häufig auftretende Gelbsucht und Leberschwellung führt T. auf die Lokalisierung des xanthomatösen Prozesses in den Leber- und den Gallengängen zurück.

Der folgende Abschnitt ist der Frage gewidmet, welche Bezeichnung den Xanthomen zukomme. Da das Wort Tumor nur noch für die bösartigen Geschwulste aufgespart sei, so müsse man das Xanthoma vulgare als eine „Wachstumsausschreitung" (Excès de croissance) bezeichnen.

Vom Xanthoma elasticum sind bis jetzt erst zwei Beobachtungen (von Balzer, bezw. von Chauffard) mitgeteilt. Török giebt dieselben im Auszug wieder und unterzieht sie alsdann einer Kritik, an deren Schlufs er die Meinung äufsert, dafs es sich in beiden Fällen vielleicht nur um Xanthoma vulgare (Varietas plana nach Besnier) auf dem Wege der Rückbildung gehandelt habe.

Zu den beiden bisher verhandelten Formen steht nun das Xanthoma diabeticum, wie T. nachweist, klinisch und histologisch in vollem Gegensatz. Bei diesen handelt es sich allemal um einen entzündlichen Vorgang, der zu einer körnig, fettigen Entartung führt. In welcher Beziehung dieser Prozefs zum Diabetes steht, ist noch nicht aufgeklärt. Die Bezeichnung Xanthom verwirft T. für diese Dermatose; einstweilen nennt er sie: Eruption papuleuse à dégénération graisseuse des glycosuriques.

Der umfangreichen Arbeit ist eine eigene Krankenbeobachtung und eine Tabelle sämtlicher bis jetzt veröffentlichten Fälle von Xanthomen beigegeben.

Türkheim-Hamburg.

Über das Angiokeratom, von Piffault. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 666.) Das Angiokeratom ist ein ziemlich seltener Hauttumor. Er kommt nicht angeboren vor, zeigt sich namentlich in der Jugend und im Winter, sitzt auf den Extremitäten oder im Gesicht und findet sich vielfach mit Frostbeulen und örtlicher Asphyxie der Gliedmafsen zusammen. Ursprünglich besteht er aus einem Angiom, das sich im Papillarkörper der Cutis entwickelt, das aber durch die Hyperkeratinisation der Epidermis die Eigenschaften eines Keratoms annimmt. Klinisch erscheint das Angiokeratom in Form kleiner warziger Knoten und roter angiektatischer Flecken, welche letztere immer zuerst da sind und auch allein bestehen können. Den besten Erfolg in der Behandlung des prognostisch günstigen Angiokeratoms gewährt die Elektrolyse.

Türkheim-Hamburg.

Escande rühmt die vorzügliche Wirkung der **Elektrolyse beim Angiokeratom**, für welche Affektion er die Bezeichnung Angiokeratom vorzieht. (*Midi méd.* 1893.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Bemerkungen über einen operativ behandelten Fall von Akromegalie, von R. Caton und F. T. Paul-Liverpool. Bis zum Jahre 1888 war die 33jährige verheiratete Patientin gesund, hatte stets einen soliden Lebenswandel geführt. Im Juni 1890 wurde sie ziemlich plötzlich von heftigen Kopfschmerzen, die sich besonders von einem Ohr zum anderen, also über die Schädelbasis, hinzogen, befallen. Gleichzeitig bemerkte die Patientin, dafs Lippen, Kinn, Nase, Hände und Füfse sich vergröfserten. Der Stamm, die Beine und die Arme zeigten keine Veränderung in den Dimensionen. Sie konnte früher Handschuhe No. 6 tragen, jetzt pafsten ihr nur No. 7. Patientin bemerkte auch, dafs die Haare schneller als früher wuchsen. Die

Gesichtshaut war rauh, von gelblicher Farbe und hatte etwas fettiges Aussehen. In der nächsten Zeit nahm die Dickendimension noch zu, so daſs die Patientin kaum noch wieder zu erkennen war. Die Kopfschmerzen dauerten an und wurden zeitweilig nur durch Morphium, Exalgin, Antipyrin gemildert. Das Nervensystem war bis dahin bei der Patientin in normalem Zustande. Nach Verlauf von 2½ Jahren seit Beginn der Akromegalie hatte sich das Bild gänzlich geändert. Die Patientin war abgemagert. Die Kopfschmerzen, die monatelang aufgehört hatten, wurden jetzt namentlich um die Augengegend sehr heftig. Allmählich nahm der Gesichts- und Gehörsinn ab. Die Patientin wurde schlieſslich blind und taub. Die Diagnose lautete jetzt auf Gehirntumor. Um den intrakraniellen Druck zu beseitigen, wurde in der rechten Schläfengegend die Trepanation vorgenommen. Nach der Operation kehrten die Schmerzen nicht mehr wieder. Patientin befand sich drei Monate in einem leidlich zufriedenen Zustande, bis eine interkurrente Krankheit plötzlich ihrem Leben ein Ende machte. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Akromegalie, von J. Dreschfeld-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 6. Januar 1894.) Der Patient, 30 Jahre alt, erfreute sich früher einer guten Gesundheit. Syphilis, hereditäre Belastung liegt nicht vor. Vor fünf Jahren bemerkte er, daſs seine Hände und Füſse gröſser wurden, daſs er gröſsere Schuhe brauchte. Auch der Kopf wurde merklich gröſser. Dem Patienten wurden die Hüte zu klein. Zeitweilig klagte er über Kopf- und Halsschmerzen. Doch konnte er seiner Arbeit nachgehen, bis er in der letzten Zeit wegen groſser Kurzatmigkeit dieselbe einstellen muſste. Verfasser beschreibt den Status praesens ausführlich und giebt numerische Daten über die Dimensionen, resp. Dickenzunahme von Kopf und Gesicht, von Ober- und Unterextremitäten. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt eine groſse und dicke Epiglottis; die Tonsillen sind schwach vergröſsert. Der Patient ist blind auf einem Auge und hört etwas schwer.

Durch die Therapie, welche hauptsächlich in groſsen Gaben von Arsenik bestand, wurden die begleitenden Symptome, die Dyspnoe, die Kopfschmerzen gebessert, der Zustand im allgemeinen blieb derselbe.

Verfasser knüpft an die Krankengeschichte Bemerkungen zur pathologischen Anatomie und zur Ätiologie der Akromegalie und berücksichtigt die diesbezügliche Litteratur. *C. Berliner-Aachen.*

Heilung eines Falles von Addisonscher Krankheit; Bemerkung über die regenerative Hyperplasie der roten Blutkörperchen, von H. Neumann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 5.) Der jetzt 67 Jahre alte Patient erkrankte vor acht Jahren ohne Ursache plötzlich unter Zeichen von Schwäche, Anämie und Bronzefärbung von Haut und Schleimhäuten. Die Krankheit nahm 14 Tage zu, wurde von Guttmann als typischer Fall von Morbus Addisoni bezeichnet, besserte sich aber allmählich, so daſs nach zwei Jahren die Pigmentierung geschwunden war, nur noch geringe Schwäche, leicht erregbare Herzaktion und etwas gesteigerte Reflexe bestanden. Der Patient hat seitdem viele Krankheiten anderer Art überstanden, ist aber heute ganz gesund. Die Blutuntersuchung zeigte, daſs die roten Blutkörperchen, anfangs sehr vermindert, normal an Zahl geworden waren, als die Schleimhäute noch blaſs erschienen; während der Rekonvalescenz war sogar eine Polycytaemia rubra vorhanden. Letzteren Umstand, den Eintritt einer regenerativen Hyperplasie der Blutkörperchen, entsprechend der regenerativen Hyperplasie bei Defekten an anderen Körperteilen, betont der Verfasser als besonders beachtenswert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Behandlung variköser Geschwüre durch Massage, von ERDINGER. (*Sem. méd.* 1893. No. 69, *Allg. med. Centralztg.* 1894. No. 9.) Nach den Erfahrungen des Verfassers kann die systematische Massage allein, abgesehen von einem gewöhnlichen feuchten Borwasserverband, in kurzer Zeit, selbst bei alten varikösen Geschwüren, Heilung erzielen.

Er verfährt in folgender Weise: Zunächst wird mit Seife gereinigt, die Geschwürsfläche mit antiseptischen Flüssigkeiten, besonders Sublimat, desinficiert. Nun wird der Unterschenkel leicht gestrichen, aber nicht mit der ganzen Hand, sondern nur mittelst der mit Borvaselin befetteten Fingerkuppe. Dadurch wird der Druck besser abgemessen und werden vielleicht die nervösen Endorgane beruhigt. Man beginnt die Massage an der unteren Partie des Unterschenkels und der Geschwüre, nähert sich letzteren allmählich, stets zentripetal arbeitend. Die Intensität der Massage wechsle möglichst, die Dauer richte sich nach dem Verhalten der Haut. Im Bereiche der Geschwürsränder werden die Streichungen in derselben Weise ausgeführt. Jede Sitzung daure 10—15 Minuten; zunächst werde täglich eine solche gehalten, später in längeren Zwischenräumen. Nach 2—6 Sitzungen schwinden die Schmerzen, allmählich läßt die Reizung nach, die Benarbung erfolgt schneller. In den vom Verfasser beobachteten Fällen wurde je nach der Ausdehnung des Geschwürs in 13—60 Tagen Heilung erzielt. Mehrere Kranken konnten während der ganzen Behandlungsdauer ihrer Beschäftigung nachgehen. *Neuhaus-München.*

VERATTI versuchte in acht Fällen von **Favus die Methode PERONIS** (Essigsäurelösung; siehe *diese Zeitschrift* Bd. XVII. No. 4), und zwar, in Übereinstimmung mit GIOVANNINI, REALE und MASSAZZA, durchwegs mit negativem Resultate. (Nach *Rif. med.* 1894. No. 39.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

DARDIGNAL berichtet (*Rev. de chir.* 1893. No. 9) über einen Fall von **symmetrischer Gangrän der Hände durch Kältewirkung im Verlaufe einer Influenzaerkrankung** bei einem zu Cirkulationsstörungen hereditär disponierten Soldaten. Die Affektion führte zu bedeutendem Substanzverlust der Fingerweichteile mit teilweiser Freilegung der Knochen und Nekrose derselben. (Nach *Rif. med.*)
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

LAURENTI (*Rif. med.* 1894. No. 34) berichtet über einen Fall von **symmetrischer Gangrän spinalen Ursprungs nach Influenza** bei einen siebenjährigen Kinde. An den Füßen waren allein die Zehen befallen, an den Oberextremitäten reichte die Gangrän bis an die Vorderarme. Das Kind starb nach zehn Tagen an Coma.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Lupus erythematodes, von GAUCHER. (*Sem. méd.* 1893. No. 52.) Für die tuberkulöse Natur des Lupus erythematodes führt Verfasser folgende Gründe an:

1. Die mit Lupus erythematodes behafteten Patienten sind meistens tuberkulös belastet.

2. Dieselben erkranken häufig später an Allgemeintuberkulose, und zwar häufiger als die an Lupus vulgaris leidenden.

3. Es giebt Übergangsformen zwischen beiden Lupusarten, die man als Lupus érythématho-tuberculeux bezeichnet.

Die gegen die tuberkulöse Natur vorgebrachten bakteriologischen und histologischen Einwände sind zurückzuweisen, weil

1. beim Lupus vulgaris die Bacillen auch erst spät gefunden und positive Inokulationsversuche erzielt sind,

2. die Toxine des Tuberkelbacillus besonders die Vasomotoren beeinflussen und die erythematöse Kongestion besonders den Lupus erythematodes kennzeichnet. Man müfste bei diesem Leiden den Giften der Bacillen mehr Bedeutung beimessen, als diesen selbst. Die Fälle von allgemeinem Lupus erythematodes sind ein Analogon der erythematösen Eruptionen bei Visceraltuberkulose.

Aus diesen Gründen stellt GAUCHER folgende These auf:

Es existiert eine allgemeine Hauttuberkulose, hervorgerufen durch das tuberkulöse Toxin, wenn nicht durch die Bacillen selbst; der Lupus erythematodes ist die gewöhnliche Form kongestiver Hauttuberkulose.

Dafs keine Tuberkel, keine Riesenzellen, keine Bacillen gefunden sind, giebt Verfasser ausdrücklich zu. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Sklerodermie bei Myelitis dorsalis spricht SCHULTZE in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn, Sitzung vom 12. Juni 1893. Eine Dezember 1892 in die Klinik aufgenommene Patientin giebt an, bis vor drei Jahren gesund gewesen zu sein. Dann stellte sich Druck in Magen- und Lebergegend ein, und es wurden die grofse rechte Zehe, das rechte Knie, die rechte Hüfte nacheinander steif; Schmerzen im rechten Bein kamen hinzu. Einige Monate später wurde auch das linke Bein steif, so dafs die Kranke nicht mehr ohne Hülfe gehen konnte; auch Blasenbeschwerden gesellten sich hinzu, schwanden aber später wieder; der Stuhl war retardiert. Die 29jährige Patientin zeigte bei der Untersuchung eine erhebliche Steifigkeit der Extremitäten, die aber von der bei spastischer Paralyse vorhandenen abwich. Patellarreflex war normal; Fufsclonus nach Überwindung der Steifigkeit im Fufsgelenk durch Dorsalflexion auszulösen. Ferner bestand Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung an der Haut des linken Unterschenkels. In der linken Glutealgegend findet sich eine tiefe Decubitusnarbe. Muskeln atrophisch, elektrisch wenig erregbar, aber ohne Entartungsreaktion. Am auffallendsten ist, dafs die Haut besonders in der Gegend der Achillessehne und der Kniekehlen straff, nicht abhebbar ist, wie bei der Sklerodermie; sie ist glatt, glänzend, nicht pigmentiert, nicht ödematös. Man gewinnt den Eindruck, dafs schon die Straffheit der Haut die Steifigkeit bewirken könne. Die Sklerodermie mufs als zentrales Leiden aufgefafst werden, und zwar als chronische dorsale Myelitis. Periphere Neuritis ist auszuschliefsen, da Schmerzen fehlen, die Reflexe jedenfalls nicht herabgesetzt sind, die Sensibilität nur wenig und an umschriebener Stelle vermindert ist, früher Blasen- und Mastdarmstörungen vorhanden waren. Kompression des Rückenmarkes ist wohl auszuschliefsen, ebenso multiple Sklerose. Lokalisation, bisheriger Verlauf, Mangel an fibrillären Zuckungen sprechen gegen Syringomyelie, auf die die partielle Empfindungslähmung vielleicht hinweist.

Dafs es sich um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, ist nach dem Sitze der Hautveränderungen nicht wahrscheinlich. Ein direkter nervöser Einfluſs ist aber wohl nicht anzunehmen; vielleicht haben Ödeme, die nach Angabe der Patientin vorausgegangen sind, den Anstofs zur Sklerodermie gegeben, möglicherweise infolge einer Veränderung der Hautgefäfse, die unter Einfluſs der hier wahrscheinlich vorhandenen Lues entstanden sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Sklerodermie und deren Behandlung, von BOISSEAU DU ROCHER. (*Progrès méd.* 1894. No. 5.) Die 46jährige Patientin litt seit einem Jahre an neuralgischen Schmerzen im Gesichte und am linken Fufse. Hier entstand dann unter dem Malleolus externus eine Sklerodermaplaque, die sich nach und nach über die ganze äufsere Dorsalfläche des Fufses ausbreitete. Aufserdem stellten sich Gemütsstörungen mit Tendenz zur Melancholie ein. Arsenik, konstanter Strom etc. blieben

erfolglos, weshalb Verfasser an Stelle des letzteren ergiebige statische Entladungen von hohem Potential anwandte. Mit Hülfe eines besonderen Excitators werden die Entladungen in Gestalt eines elektrischen Regens auf die kranken Stellen und deren Umgebung abgegeben. Die Procedur ist völlig schmerzlos, erzeugt an den betreffenden Stellen eine intensive Rötung, welche am folgenden Tage einer beträchtlichen Desquamation Platz macht, so zwar, dafs sich durch Reibung oder mit Hülfe einer Pinzette ganze Gewebslamellen entfernen lassen, bis nach einigen Tagen die gesunde, stark vaskularisierte Haut zu Tage tritt. Verfasser hat 1893 an anderer Stelle (wo?) seine Methode genauer beschrieben. Die Patientin ist seit mehreren Monaten vollständig geheilt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Myxödem und seine Behandlung mit innerlicher Darreichung von Schilddrüsensubstanz, von Schotten. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 51.) Verfasser berichtet in diesem sehr interessanten und am besten im Original nachzulesenden Artikel über drei im Jahre 1893 beobachtete Fälle von Myxödem, die an und für sich schon bemerkenswert sind; aufserdem frappiert der Erfolg, den die innerliche Darreichung von Schilddrüsensubstanz bei zwei der Patientinnen erzielte, besonders im ersten typischen Falle, aus dem wir folgendes anführen: Die Patientin, eine 53jährige Witwe, datierte ihre eigentliche Krankheit seit dem Sommer 1881, wo eine Anschwellung des Gesichtes, bald auch des Halses, Nackens, Rückens, der Arme und schliefslich der unteren Extremitäten eintrat. In den nächsten Jahren verschlimmerte sich das Leiden trotz verschiedener Kuren, Haarausfall trat hinzu, endlich völlige Kahlheit. Geistige und körperliche Leistungsfähigkeit nahm ab. Allgemeines Schwächegefühl, Sehschwäche und Sprachschwierigkeiten waren besonders auffallende Erscheinungen. Da die Diagnose Myxödem zweifellos, erhielt Patientin zuerst 5 g Schilddrüse vom Schaf in rohem Zustande, fein gehackt, mit etwas Salz und Pfeffer zwischen Weifsbrot, zwei Tage später die gleiche Dosis. Temperatur und Puls hoben sich, etwas auch die Diurese, zugleich aber stellten sich unangenehme, selbst bedrohliche Erscheinungen ein (teilweise schon am ersten Abend), insbesonders Kopfweh, Ohrensausen, Abgeschlagenheit, Muskelschmerzen, Hitzegefühl, Schweifs; Albumen war nachweisbar. Während eines schweren stenokardischen Anfalles konnte Schotten ein aufserordentlich lautes blasendes systolisches Geräusch an der Herzspitze konstatieren. Unter wechselnden Beschwerden für die Patientin wurden alle Schwellungen bedeutend weicher, Albumen verringerte sich. Elf Tage nach der ersten Darreichung von Schilddrüse wurde solche Substanz wieder gereicht, aber in geringer Dosis, etwa 1 g sechs Tage lang, und dann wieder ausgesetzt. Auch dann entstanden noch allerlei Beschwerden. Ein Monat nach der ersten Darreichung ward die Darreichung von Schilddrüsensubstanz wieder aufgenommen, etwa $2^1/_2$ bis $2^1/_2$ g pro die alle acht Tage. Nachdem im ganzen $38^3/_4$ g Schilddrüse gegeben worden waren, hielt Schotten die Kur für vorläufig abschliefsbar. Während dieser Zeit (10 Wochen) schritt die Besserung sowohl der Anschwellungen, als auch das Allgemeinbefinden andauernd fort; selbst die Haarbildung stellte sich wieder ein. Nach etwa drei Monaten wurde überall weiche, glatte, geschmeidige Haut konstatiert, welche mit reichlichem Flaum bedeckt ist, auf dem ganzen Kopfe prachtvoller, gleichmäfsiger, 4 cm langer Haarwuchs. Auch die meisten sonstigen Abnormitäten schwanden, Patientin wurde geistig und körperlich eine andere Person, erlangte glückliche Stimmung und Leistungsfähigkeit. Verfasser glaubt, dafs durch vorsichtiges Beginnen mit kleinen Dosen (etwa mit 1 g) geringere Störungen eintreten würden, als mit den zuerst versuchten von 5 g; um aber Recidiven vorzubeugen, müfsten solche Dosen lange Zeit, voraussichtlich lebenslänglich, wenn auch in Pausen, zugeführt werden. Die zwei weiteren Fälle beziehen sich auf jugendliche

Personen, Mädchen von 18 und 35 Jahren. An ihnen erwies sich, dafs das atrophische Myxödem (ebenso wie das operative), wenn sein Eintritt in die Zeit des noch nicht vollendeten Wachstums fällt, zugleich eine Wachstumshemmung im Gefolge hat. Man findet dann die sämtlichen Erscheinungen des Myxödems bei Erwachsenen, Zwergwuchs und in der Regel eine Hemmung der geistigen Entwickelung. Giebt man nun bei noch nicht vollendeter Wachstumsperiode innerlich Schilddrüse, so kann man hoffen, dafs infolge und während der Behandlung Wachstum eintreten wird. Solche Fälle sind auch schon bekannt geworden. Die jüngere Patientin Schottens, eine Zwergin (109 cm grofs), zeigte die Erscheinungen des Myxödems deutlich ausgebildet und in viel höherem Grade, als ihre ältere Schwester; sie wurde der Schilddrüsen-Therapie unterzogen, wenn auch nicht sehr energisch und konsequent, aber die sämtlichen Myxödem-Erscheinungen besserten sich; zugleich erfolgte ein, wenn auch nicht erhebliches, Wachstum. Nur aus äufseren Gründen konnten Behandlung und Beobachtung nicht gründlich genug durchgeführt werden. Bei der älteren Schwester bot sich ein viel weniger ausgebildetes Krankheitsbild dar, Idiotie fehlte, im Gegenteil erweist sich das geistige Verhalten durchaus normal. Hier unterblieb die Behandlung mit Rücksicht auf das vorgeschrittene Alter, und da Dringlichkeit nicht gegeben war. In der Epikrise weist Schotten, wie schon früher Möbius, auf den direkten Gegensatz hin, in welchem der Morbus Basedowi in fast allen wesentlichen Symptomen sich gegenüber dem Myxödem befindet. „Hier Vergröfserung, dort Verkleinerung der Schilddrüse, hier Beschleunigung, dort Verlangsamung der Herzthätigkeit, hier Verdünnung, dort Verdickung durch Mucinanhäufung, Kälte, oberflächliche Trockenheit der Haut, hier Steigerung der faradischen Erregbarkeit, reizbare Schwäche, dort Stumpfheit und Langsamkeit.“ So Möbius. Schotten führt diesen Parallelismus noch genauer aus und findet es zweifellos, dafs einerseits das Myxödem durch eine Aufhebung der Funktion der Schilddrüse, andererseits der Morbus Basedowi durch eine krankhafte Reizung der Funktion dieser Drüse hervorgerufen werden. Schliefslich weist Verfasser darauf hin, dafs man vermuten könnte, das Einnehmen von Schilddrüsensubstanz seitens eines gesunden Menschen mit normal funktionierender Glandula thyreoidea würde Morbus Basedowi erzeugen können. Der Versuch wurde wirklich unternommen, aber mit negativem Resultate. Verfasser möchte anregen, dafs dieser Versuch doch noch systematisch an einem weiblichen Individuum wiederholt würde. Wäre auch dann das Resultat negativ, dann kämen wir notwendig zur Annahme einer Regulationseinrichtung, durch welche ein Übermafs des Schilddrüsensekretes im gesunden Organismus unschädlich gemacht würde, und wohl weiter zu der Annahme, dafs bei der Basedowschen Krankheit auch diese Regulation gestört sein müfste. *Neuhaus-München.*

Ein mittelst Schilddrüseninjektion und Fütterung erfolgreich behandelter Fall von Myxoedema operativum, von Otto Leichtenstern. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 45—51.) Verfasser berichtet über den ersten Fall von Heilung mittelst Schilddrüseninjektion und Fütterung bei einem Myxoedema operativum (Cachexia strumipriva). Mittelst Implantation der Schilddrüse in die Bauchhöhle sind wegen Struma drei Operierte nur von Bircher und Kocher mit temporärem Erfolge behandelt. Der geschilderte Fall betrifft eine 38jährige Patientin ohne jede hereditäre Belastung, bei der im neunten Lebensjahre angeblich nach lange bestehendem Keuchhusten ein Kropf zu wachsen begann, der 1881 im 27. Lebensjahre totale Exstirpation notwendig erscheinen liefs. An diese schlofs sich an die Entkropfungskachexie, und zwar nach Angabe der Patientin $^1/_2$—$^1/_2$ Jahr danach. Nach einer Abschweifung über die Zeit des Beginnes der Kachexie nach Exstirpation der Struma schildert Verfasser eingehend das typische Krankheitsbild, aus dem hier nur einiges

hervorgehoben sei: Die Kopfhaare waren sehr defekt, die vorhandenen auffallend dick die Haarfarbe war gelblich-rötlich, während sie früher dunkelbraun gewesen. Besonders betrifft der Haarausfall den Hinterkopf; auch Scham- und Achselhaare sind defekt. Die verdickte Haut ist rauh, besonders an den Streckseiten, wo die Follikel stark hervortreten, und trocken, zeigt an den meisten Stellen eine Pityriasis furfuracea. Die Hautfarbe ist überall eine anämische, fahlgelbe. Die myxomatöse Gedunsenheit betrifft vornehmlich Abdomen, Hüften, Gesäfs, Oberschenkel, die zu einer unförmlichen Masse zusammenschmelzen. An Händen und Vorderarmen, in geringem Grade an Füfsen und Unterschenkel bestehen chronisch-desquamierende, an den Händen zeitweise auch nässende Ekzeme. Beim Fingerdruck entsteht keine Grube. Die Hände sind fast elephantiastisch (Gull: „spade like", Charcot: „forme d'une bêche), wie Maulwurfstatzen. Die Fingernägel sind rauh und brüchig. In der Kälte sterben die Finger ab, werden blau; die Lippen und die Prominenzen des Gesichtes blafs cyanotisch. Die Haut fühlt sich stets kalt an, und eine Hauptklage bildet auch das Kältegefühl, das „ewige Frieren". Die Ergebnisse der Blutuntersuchung waren:

1. Die Zahl der Erythrocyten ist normal, wurde nur einmal vermindert gefunden.
2. Es besteht eine Leukocytose.
3. Der Hämoglobingehalt ist wenig, aber sicher vermindert.
4. Das Verhältnis der Leukocytenformen ist ein normales.

Einen charakteristischen Blutbefund giebt es bei Myxödem nicht.

Hauttalg- und Schweifsabsonderung waren sehr vermindert. Die Perspiratio insensibilis ist nach genauer Untersuchung um 40—60% herabgesetzt.

Urinmenge annähernd normal; spezifisches Gewicht auffallend niedrig; Farbe strohgelb; oft Eiweifsspuren.

Körpertemperatur subnormal.

Verfasser giebt dann eine dankenswerte Zusammenstellung der wichtigsten Phasen in der Erkenntnis des Wesens des Myxödems, die im Original nachzulesen ist, und geht dann auf die Therapie ein. In dem vorliegenden Falle wurde nach White ein Extrakt hergestellt, das auf 85 g 15 g Schilddrüsenstoff enthielt. In neun Tagen wurden 1,5 Schilddrüsenstoff injiciert, was ungefähr dem Extrakt von $1^1/_2$ Schafsschilddrüsen entspricht; der Erfolg war ein eklatanter. Nach der vierten Injektion war ein Erythema scarlatiniforme aufgetreten ohne jedes Fieber, das auch später bei der Fütterung mit Schilddrüse beobachtet wurde; es zählt dasselbe zu den Arzneiexanthemen. Des Erythems wegen, das zu Ekzem geführt hatte, mufsten die Injektionen ausgesetzt werden. Später wurde dann die Fütterung begonnen, und die Besserung schritt schnell vorwärts. Nur einmal mufste die Fütterung unterbrochen werden, als sich Erscheinungen von Herzschwäche, kleiner Puls, Ödeme der Füfse und Unterschenkel, verminderter und eiweifshaltiger Harn, Unwohlsein, Appetitlosigkeit und ein Recidiv des Erythems, resp. des Ekzems einstellten. Diese Symptome schwanden, und längere Zeit später wurde die Fütterung wieder aufgenommen. Es trat vollkommene Heilung ein bis auf eine mäfsige Anämie; der Blutkörperchengehalt war auch normal geworden, der Hämoglobingehalt betrug 50%. Natürlich mufs von Zeit zu Zeit etwas Schilddrüse gegeben werden, um das Resultat dauernd zu erhalten. Die Patientin hat in der Zeit 21 Pfund an Gewicht verloren. Die Perspiratio insensibilis war im Vergleich zu früher gesteigert, aber doch noch vermindert. Aus allen den Myxödembeobachtungen ist der Schlufs zu ziehen, dafs der Schilddrüse eine sekretorische Funktion zukommt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Myxödem mit Schilddrüsentabletten behandelt, von Th. F. Raven-Broadstairs. (*Brit. med. Journ.* 6. Januar 1894.) Die 65jährige Patientin leidet an dem Myxödem seit mehr als 20 Jahren. Die mehrwöchentliche Behandlung mit Schilddrüsentabletten

(à 5 grains des Extrakts enthaltend) führte eine auffallende Besserung herbei, die an den beiden Bildern (vor und nach der Behandlung), welche der Krankengeschichte beigegeben sind, wahrzunehmen ist. *C. Berliner-Aachen.*

Die Thyroidbehandlung bei Myxödem und bei Hautkrankheiten, von Arthur Davies. (Hunterian Society. 25. Oktober 1893. *Brit. med. Journ.* 9. Dezember 1893.) Der Vortragende behandelt zunächst allgemein die Theorien bezüglich der Funktion der Schilddrüse, berichtet über die Resultate der Schilddrüsentransplantation durch Kocher und von Eiselsberg, über die Erfolge von Injektionen bei Myxödem, über die Wirksamkeit des Glycerinextrakts. Die nachteiligen Nebenwirkungen von Schilddrüseninjektionen sind: 1. Verlust des Bewufstseins; 2. Neigung zu Ohnmachten; 3. beschleunigter Puls; 4. Abscesse und Indurationen; 5. Nausea; 6. Schmerzen in der Lendengegend etc. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

Erwiderung auf Prof. Picks Erklärung im *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. Bd. XXIX. Heft I. S. 175, 176. Herr Prof. Pick versucht mich in seiner Erklärung als nicht verantwortlich für die von Unna und mir veröffentlichte Favusarbeit hinzustellen. Unter anderem gebraucht Pick die Äufserung, „ich hätte mich mit der Abfassung der Arbeit überhaupt nicht beschäftigt", trotzdem wir, Unna und ich, uns als die gemeinsamen Verfasser genannt hatten. Ich werde also von Pick beschuldigt, mich mit fremden Federn zu schmücken. Welchen Grund Pick hat, mich in dieser Weise zu beleidigen, vermag ich nicht einzusehen. Ich bin daher genötigt, mich ausdrücklich auf das allerentschiedenste gegen diese grundlose Verdächtigung zu verwahren.

Um mich für unschuldig an der Favusarbeit zu erklären, bringt Pick einen Beweis, welcher nur auf Mifsverständnis oder auf mangelhafter Treue des Gedächtnisses beruhen kann. Ich sagte in der Diskussion: Nach dem von uns eingeschlagenen Verfahren der Abimpfung wäre es uns meistens geglückt, den pathogenen Pilz sofort zu isolieren. Prof. Pick habe freilich 5 (Zwischenruf Picks: 7) nun ja, sogar 7 Pilze aus einem Scutulum gezüchtet, unter denen sich auch der pathogene befand. (NB. Diesen Satz habe ich in dieser Form in meinem eingeschickten Referat nicht wiedergegeben, weil derselbe thatsächlich unwesentlich war.) Auf diesen eben angeführten Passus bezieht sich also Picks Annahme, dafs ich über die Zahl unserer Favuspilze nicht orientiert gewesen sei. Ich glaube nicht, dafs ich durch meine kurzen Bemerkungen in der Diskussion bei irgend einem der Kongrefsmitglieder, ausgenommen Herrn Pick, den Eindruck hervorgerufen haben könnte, dafs ich nicht einmal über die Zahl der von uns veröffentlichten Favusarten orientiert gewesen wäre.

Vollständig neu war mir die Mitteilung, dafs mich Herr von Sehlen Herrn Pick als „Bekehrten" vorgestellt haben soll. Ich kann mich mit dem besten Willen nicht entsinnen, diese Äufserung des Herrn von Sehlen gehört zu haben. Hätte ich diesen Ausspruch gehört, so würde ich selbstverständlich nicht verfehlt haben, mein Befremden über diese Ansicht von von Sehlen zu äufsern. Denn ich wüfste wahrlich nicht, wovon und wozu ich mich bekehrt haben sollte.

Neebe-Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 11. 1. Dezember 1894.

Zur Geschichte der Diaskopie.

Ein offener Brief an Herrn Oskar Liebreich.

Von

P. G. Unna.

Herr Professor!

Schon zum zweiten Male[1] haben Sie mich öffentlich in einer so unverantwortlichen Weise angegriffen, dafs ich mich gezwungen sehe, mein früheres Schweigen zu brechen. Bis dahin hatte ich geglaubt, dafs Ihre Handlungsweise mir gegenüber sich in den Augen aller rechtlich Denkenden von selbst richten werde. Da Sie aber Ihren hämischen Angriff grundlos erneuern, kann ich nicht umhin, der Welt zu zeigen, welcher Mittel Sie sich zur Verdächtigung von Kollegen bedienen, wenn Sie durch diese Ihre Prioritätsrechte gefährdet glauben.

Dem uneingeweihten Leser *dieser Zeitschrift* mufs ich zur kurzen Orientierung vorausschicken, dafs ich mich zum ersten Male im Jahre 1873 — noch als Student — auf eigene Faust mit Diaskopie beschäftigte. Die Veranlassung dazu gaben die mir durch meinen damaligen Kommilitonen, Herrn von Kries, mitgeteilten Erfahrungen über seine im Ludwigschen Laboratorium angestellten Messungen des Kapillardruckes der Haut mittelst aufgedrückter Glasplättchen und der günstige Umstand, dafs wir Studenten damals mit dem E. Wagnerschen Glasplessimeter ausgerüstet waren, welcher für diaskopische Versuche sehr geeignet ist. In den seitdem verflossenen 20 Jahren habe ich diese Methode in meiner Praxis, so oft sich diagnostisch schwierige Fälle zeigten, ausgeübt, und als sich in den letzten Jahren Schüler um mich sammelten, dieselbe häufig in geeigneten Fällen demonstriert.

Dieses ist der Thatbestand. Trotz meiner in der Arbeit über *Diaskopie der Hautkrankheiten* bündig abgegebenen Erklärung finden Sie

[1] Liebreich, Phaneroskopie und Glasdruck. *Therap. Monatsh.* 1894. pag. 547.

es für gut, denselben anzuzweifeln, indem Sie lieber annehmen, dafs ich erst durch Ihre Publikation 1891 auf die Idee der Diaskopie gekommen sei.

Ehe ich auf diese Ihre Hypothesen eingehe, auf Grund derer Sie mir die beleidigende Insinuation einer Fälschung der Thatsachen entgegenschleudern, will ich, da meine Aussagen ja keinen Glauben bei Ihnen finden, Ihnen zwei spontane Aussagen meiner Schüler anführen, deren Übereinstimmung mit den meinen Ihnen doch wohl Ihre Verdächtigungen in einem bedenklichen Lichte erscheinen lassen werden.

Herr Prof. MIBELLI-Parma schreibt mir vor einigen Wochen, ob ich ihm sagen könne, was an der LIEBREICHschen Phaneroskopie und ob ein Studium derselben nötig sei; man werde doch wohl nicht wesentlich weiter damit kommen, als mit einem Uhrgläschen, wie er es früher von mir gelernt hätte und weiter am 17. November: seit 1890 dociere er seinen Schülern die Diaskopie von UNNA. Nun, dieser Kollege war mein Schüler 1888—1889, also 2—3 Jahre vor Ihrer Publikation über Kantharidinsäure bei Lupus,[2] in welcher Sie zuerst den Glasdrücker empfehlen.

Herr Dr. LEISTIKOW-Hamburg, empört über Ihre erneute, unmotivierte Beschuldigung, ersucht mich, das Folgende wörtlich aufzunehmen:

„Ich erkläre hiermit, dafs ich weifs, dafs UNNA mir und anderen Schülern während meines Studiums in seiner Klinik im Jahre 1889 die Anwendung der Diaskopie bei der Diagnose der Hautkrankheiten wiederholt demonstrierte und sich der Diaskopie zur Sicherung der Diagnose in schwierigeren Krankheitsfällen allgemein bediente. Ich erinnere mich beispielsweise sehr deutlich, dafs UNNA im Frühjahr 1889 zur Sichtbarmachung eines miliaren, mit bloſsem Auge nicht sichtbaren Lupusknötchens einmal ein Laboratoriumsuhrschälchen verwandte. Im Jahre 1890 bediente UNNA sich fast täglich der Diaskopie zur Differentialdiagnose zwischen Syphilis, Lupus und chronischem Ekzem. Auf UNNAS Veranlassung brachte ich dieselbe Methode im Januar 1890 systematisch bei einer grofsen Reihe von Patienten in Anwendung und war erfreut über die Einfachheit und die prägnanten Resultate derselben."

Diese und ähnliche Voten meiner Schüler hätte ich Ihnen schon nach Ihrer ersten Anschuldigung entgegenstellen können, wenn es mir nicht widerstrebte, die von mir ausgesprochene Wahrheit von anderen Kollegen förmlich bescheinigen zu lassen und ich nicht in dem beruhigenden Bewufstsein gelebt hätte, dafs zur selben Zeit meine Methode der Diaskopie bereits in verschiedenen Ländern ausgeübt wurde.

Nun zu den Hypothesen, welche Ihren Insinuationen zu Grunde liegen!

---

[2] *Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 18.

Als ich Ihnen, aufmerksam gemacht durch die Redaktion der *Berl. klin. Wochenschr.*, dafs sich in Ihrer Arbeit über Behandlung des Lupus mit Kantharidinsäure (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 19) bereits die Vorzüge eines Glasdrückers bei der Diagnostik der Hautkrankheiten erwähnt seien, die Ehre voll zuerkannt hatte, dafs Sie diese Sache zuerst in der Litteratur zur Sprache gebracht haben,[3] genügte Ihnen diese ehrliche und korrekte Anerkennung noch nicht, sondern Sie suchten die Leser der *Berl. klin. Wochenschr.* in einer Nachschrift glauben zu machen, dafs ich Ihren Glasdrücker bei Abfassung meiner Arbeit doch gekannt, aber wissentlich verschwiegen hätte. Und Ihre Beweise? Sie sagen:

„Unna kann die Kenntnis der Phaneroskopie nur aus meinen früheren Publikationen (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 19 und *Therap. Monatsh.* 1891. pag. 284) gewonnen haben, denselben Publikationen, in denen das Prinzip des Glasdruckes und in einer derselben sogar die betreffenden Abbildungen niedergelegt sind."

Nein, Herr Liebreich, aus diesen Publikationen hatte ich damals, als ich meine Arbeit über Diaskopie schrieb, meine Kenntnis von der Existenz einer Phaneroskopie nicht geschöpft, sondern lediglich aus dem Referat (Originalbericht der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 29. April 1891 in der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1891. No. 90. S. 650) und den mündlichen Mitteilungen von Augenzeugen Ihrer Demonstrationen. In dem betreffenden Referat steht aber nur etwas von der Durchleuchtung der Haut, nicht das Geringste vom Glasdruck. Falls Sie den Glasdruck also überhaupt schon bei Ihren ersten Demonstrationen mit vorgeführt haben, mufs es dem Referenten jedenfalls als etwas sehr Unwesentliches entgangen sein. Da der Glasdruck mir aber bei der Diagnostik stets das allein Wichtige war, so trug ich niemals Verlangen, Ihre Originalarbeiten über die Durchleuchtung der Haut und die komplicierten Apparate der Phaneroskopie zu studieren, und bekenne Ihnen gern, dafs ich dieselben — mit Ausnahme Ihres Vortrages in der *Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 19 — auch jetzt noch nicht kenne.[5] Einmal allerdings wäre ich fast mit denselben bekannt geworden. Zur Visitezeit in meiner Klinik — es war während der Sturmperiode der Kochschen Injektionen — wurde mir ein Heft Ihrer *Therap. Monatsh.* überreicht, in welchem der Blick auf eine Fülle von schönen phaneroskopischen Apparaten fiel. Diese schreckten jedoch gerade erst recht von der Lektüre Ihrer Arbeit ab und veranlafsten mich meinen Schülern und den durchreisenden Ärzten gegen-

[3] Zur Diaskopie der Hautkrankheiten. *Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 44.
[4] Ebenda.
[5] Zeit zum Studium der Phaneroskopie werde ich mir erst dann nehmen, wenn ein erfahrener Dermatologe, welcher die Diaskopie so gut beherrscht, wie die Phaneroskopie, der letzteren für gewisse Zwecke Vorzüge zuschreiben sollte.

über zu dem Ausspruch, den ich noch jetzt wiederholen möchte: „Hätte Liebreich seit Jahren — wie ich — diaskopiert, dann hätte er nach der Konstruktion seiner komplicierten Phaneroskope keine Sehnsucht gehabt.“ Das betreffende Heft wurde demgemäfs ungelesen beiseite gelegt, und ich war wieder um eine Gelegenheit gekommen, zu erfahren, dafs Sie auch dem Glasdrücker unter den phaneroskopischen Apparaten ein bescheidenes Plätzchen eingeräumt.

So steht es mit dem ersten „Beweise“ für Ihre Insinuation: ich hätte Ihren Glasdrücker bei Abfassung meiner Arbeit gekannt.

Sie klügeln aber weiter folgendes aus: „Herr Unna, der die Bedeutung des Glasdrucks seit seiner Studienzeit gekannt haben will, hat bis zum Jahre 1891 desselben in keiner seiner zahlreichen Publikationen Erwähnung gethan.“

Gewifs, das haben auch meine Schüler oft bedauert, wenn ich Ihnen die Sache demonstrierte. Aber das hatte seinen guten Grund, und zwar nicht den, dafs ich auf Ihre Initiative wartete, sondern dafs ich — wie ich das in meiner Arbeit mitgeteilt — bis zum Jahre 1890 nur sporadische Erfahrungen gesammelt, dann aber nach der Kochschen Entdeckung durch fleifsiges Diaskopieren bald so weit kam, dafs ich daran denken konnte, in einer gröfseren, die Theorie der Diaskopie und ihre praktische Anwendung umfassenden Arbeit[6] dieselbe als wichtiges diagnostisches Mittel in die Praxis der Dermatologie einzuführen. Dieses war die zweite hinfällige Stütze Ihrer Insinuation. Sie gehen aber als Inquisitionsrichter, der in den Seelen seiner Mitmenschen wie in seiner eigenen lesen zu können glaubt, weiter:

„Nur in einer, erst nach meiner Veröffentlichung erschienenen Arbeit berührt er (Unna) ihn ganz kurz nebenher, harmlos, wie etwas Selbstverständliches, dies also zu einer Zeit, in der er sich seiner eigenen chronologischen Angaben zufolge der Wichtigkeit der Methode vollständig hätte bewufst sein müssen.“

Nun, dieses hätte nach meiner Ansicht für einen alten Diaskopiker nichts besonders Auffallendes. Bei dem mangelnden Nachweise der Stelle vermag ich aber nicht einmal zu kontrollieren, ob diese beiläufige Erwähnung nicht etwa faktisch nach dem Artikel über Diaskopie geschrieben war, wenn dieser auch in der *Berl. klin. Wochenschr.* durch eine mir immer noch unerklärliche Verzögerung der Publikation später erschien.

Dieses aber ist für Sie das dritte, genügend gravierende Moment, um meine einfache, korrekte Aussage hinterrücks bei dem Leser der *Berl.*

---

[6] Unna, Die Diaskopie der Hautkrankheiten. *Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 42; auch in *Mitteilungen aus meiner Klinik.* 1892—93.

klin. Wochenschr. durch grundlose Verdächtigungen als eine Unwahrheit hinzustellen.

Das hatten Sie mir im Jahre 1893 angethan, und hätte ich nicht allzugrofsen Abscheu davor gehabt, mich auf einen derartigen persönlichen Streit einzulassen, hätten nicht alle mir damals zugegangenen Interpellationen meiner Freunde gleichmäfsig mit der strengen Verurteilung Ihrer Handlungsweise geschlossen, so würde ich sicher schon damals das letztere an den Pranger gestellt haben.

Nun wandte sich im verflossenen Winter Herr Prof. EULENBURG mit der Aufforderung an mich, ihm für einen supplementären Band der Realencyklopädie von meinen letztjährigen Arbeiten **Autoreferate** einzusenden. Über die Auswahl liefs er mir vollkommen freie Hand. Dies mufs ich besonders betonen, da Sie geruhen, in Ihrer neuen Verunglimpfung zu schreiben, dafs der betreffende Artikel von mir durch ein „Versehen des Herausgebers" aufgenommen worden ist. Nein, Herr LIEBREICH, Herr Prof. EULENBURG hat mich weder aufgefordert, ein zusammenfassendes Referat über Glasdruck im allgemeinen, wie Sie zu glauben scheinen, noch eines über Ihre Phaneroskopie zu schreiben, was ich auch höflichst und energisch abgelehnt haben würde. Sondern er wollte nur alles, was ich für das Wesentliche in meinen letzten Arbeiten hielt, in Form von Autoreferaten haben. Und da ging ich noch sehr bescheiden zu Werke und sandte nur Autoreferate ein über: den Streptobacillus des weichen Schankers (pag. 538), die Bedeutung der Plasmazellen etc. (pag. 479), Entzündung und Chemotaxis (pag. 149), die Diaskopie der Hautkrankheiten (pag. 128), das seborrhoische Ekzem (pag. 145) und Impetigo Bockhart (pag. 337). Es wäre also noch nicht einmal ein „Versehen der Redaktion" gewesen, wenn sie auch noch Autoreferate der übrigen letztjährigen Arbeiten, wie: die Doppelfärbung für Lepra- und Tuberkelbacillen, die neue Fibrinfärbung, Naevus- und Naevuscarcinome, die Hautschienen, die neuen Favusarten etc. publiziert hätte, da mir die Wahl ja frei stand.

Hiernach wird jederman den Wert Ihrer neuen Fiktion, als hätte ich die Aufgabe gehabt, eine historische Darstellung der Diaskopie bei EULENBURG zu geben, und Sie dabei geflissentlich übergangen, beurteilen können.

Ich mufs also wiederum betonen, dafs Sie sich sehr geirrt haben, wenn Sie in Ihrem neuen Artikel schreiben: „Trotzdem bemüht sich Herr UNNA unausläfslich, eine Priorität für sich in Betreff des Glasdruckes in Anspruch zu nehmen", und dafs diese neue, überflüssige Wahrung Ihrer gar nicht angegriffenen Prioritätsrechte bedenklich an Verfolgungswahn streift.

Sonst finden sich in Ihrer neuen Publikation keine weitere „Beweise"

meiner böswilligen Verkennung Ihrer Verdienste. Sie drucken nur wörtlich Ihre früheren Insinuationen ab und sonnen sich in meinem damaligen Zugeständnisse, dafs Ihnen die Priorität der Veröffentlichung gebührt. Diese erteile ich Ihnen auch feierlichst heute noch.

Wie ich bei meiner Publikation über Diaskopie schon infolge mündlicher Mitteilungen ahnte und es in meiner Einleitung ausdrückte, hat sich seitdem ergeben, dafs an verschiedenen Stellen schon früher ganz öffentlich Diaskopie getrieben wurde, wenn auch der Name der Sache fehlte.

Um nur ein Beispiel anzuführen, so teilte mir Herr Geheimrat Ebstein (Göttingen) freundlicherweise schriftlich und mündlich mit, dafs er seit vielen Jahren Roseolen und Petechien an seiner Klinik durch Glasdruck unterscheiden lehrte, und so fand ich auch einen seiner älteren Schüler mit der Methode vertraut. Sie sind also unter Vielen, die den Glasdruck anwandten, nur derjenige, welcher zum ersten Male in der Litteratur, gelegentlich der Einführung einer ganz anderen optischen Methode (der Phaneroskopie), davon Mitteilung machte, dafs der Glasdruck bei der Diagnose der Hautkrankheiten ein ganz nützlicher Behelf sei. Diese Art von Priorität habe ich Ihnen, sowie ich davon Kenntnis erhielt, unumwunden zugestanden und also in der That „ganz korrekt" gehandelt.

Ob diese Ihre litterarische Bekanntgebung des Begriffes des Glasdrucks oder ob meine Arbeit: *Die Diaskopie der Hautkrankheiten*, in der ich den Niederschlag einer 20jährigen, eigenen Erfahrung über dieselbe zusammengefafst habe, als die Basis der theoretischen und praktischen Diaskopie zu gelten hat, wird die Zukunft lehren.

Ihre grundlosen Verdächtigungen aber fallen sicher auf Sie selbst zurück.

Hamburg, den 21. November 1894.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Hyalin und Kolloid im bindegewebigen Abschnitt der Haut.

Von

P. G. Unna.

Eine histotechnische Besprechung des Hyalins kann sich nicht ganz geschichtlicher Exkurse über diese Substanz entziehen, da der Begriff derselben in der Pathologie noch durchaus kein fester und allgemein angenommener ist. Insbesondere macht die Beziehung des Hyalins zum Kolloid einen solchen historischen Rückblick notwendig, seitdem neuerdings Ernst, auf tinktorielle Reaktionen fußend, beide Substanzen in ihren gegensätzlichen Beziehungen in überraschend einfacher und klarer Weise zu definieren gesucht hat.

Unter Kolloid verstand bekanntlich zuerst Laennec leimähnliche Ausgüsse der Follikel in Eierstöcken und in der Schilddrüse. Später übertrug man diesen Namen auf sehr verschiedenartige, glasig durchscheinende, stark lichtbrechende, homogene Massen, gleichgültig, ob ihre Konsistenz gallertig oder fester bis knorpelig war. Erst durch diese Erweiterung des Begriffes Kolloid kam derselbe in nahe Berührung mit der ebenfalls homogenen, aber festen und durch ihre tinktoriellen Reaktionen vorzüglich gut charakterisierten Substanz: Amyloid. Durch diesen Kontakt entstand nun unverkennbar das Bestreben, auch die verschiedenen kolloidalen Massen genauer, besonders tinktoriell — nach Analogie des Amyloids — zu definieren. v. Recklinghausen trennte in diesem Bestreben die große Gruppe des Hyalins von den kolloidalen Massen ab. Dadurch trat das Hyalin neben das Amyloid, und der Begriff des Kolloids wurde fortan von v. Recklinghausen als eine Kollektivbenennung für amyloide, hyaline und mucinöse Ablagerungen gebraucht. Allerdings ging damit ein bezeichnender, spezieller Ausdruck, der bei der in Zukunft notwendigen weiteren Analyse dieser Gruppe sehr brauchbar sein konnte, verloren, und so sehen wir denn auch von v. Recklinghausens Nachfolgern das Kolloid dem Hyalin und Amyloid nicht mehr super-, sondern wieder juxtaponiert werden. Besonders hervorzuheben ist die Einteilung von Klebs in seiner *Allgemeinen Pathologie* (Bd. II, pag. 103), welcher,

den historischen Verhältnissen Rechnung tragend, unter Kolloid nur solche Massen versteht, welche dem Schilddrüsenkolloid ähnlich sind und das Kolloid, Amyloid, Hyalin und Mucin mit dem Fibrin und serösen Eiweifsablagerungen unter dem allgemeineren Begriffe der albuminösen Degenerationen subsumiert. Auch ERNST (Über Hyalin, insbesondere seine Beziehung zum Kolloid. 1892. *Virch. Arch.* Bd. 130, pag. 377) verzichtet nicht auf den Namen Kolloid als Spezialbezeichnung neben Hyalin, ja er ist der erste, welcher auf Grund der VAN GIESONschen Färbung mit Säurefuchsin und Pikrinsäure das Kolloid einerseits, das Hyalin andererseits zu definieren und damit scharf zu sondern versucht.

Bei der VAN GIESONschen Färbemethode nehmen nämlich nach ERNST die von Epithelien ableitbaren Massen des Schilddrüsenkolloids, Eierstockkolloids und manche kolloiden Nierencylinder eine orange oder gelbbraune Farbe an, die vom Bindegewebe und den Blutgefäfsen ableitbaren hyalinen Massen des interfollikulären Schilddrüsengewebes, Reste der Theca follicularis des Eierstockes, manche hyalin degenerierten Nierenglomeruli und gewisse plexiformen Gitter im Stroma von Geschwülsten zeigen dagegen das reine Säurefuchsinrot. In ähnlicher Weise hatte schon KLEBS vor ERNST epitheliales Kolloid von konjunktivalem Hyalin getrennt. Hiernach hätten wir die Möglichkeit, durch eine Farbenreaktion, welche an Einfachheit mit den Amyloidreaktionen wetteifern kann, unter den kolloidalen Massen zwei Hauptarten scharf zu sondern, deren chemische und tinktorielle Differenzen sogar auf Grunddifferenzen der embryonalen Anlage zurückführbar sind.

Ich stimme ERNST — wie übrigens die meisten Autoren — völlig bei, dafs der Hyalinbegriff, um ihn zu stützen, enger begrenzt werden mufs — ein Beginnen, dem übrigens v. RECKLINGHAUSEN, wie aus manchen Stellen seiner allgemeinen Pathologie hervorgeht, durchaus sympathisch gegenübersteht. Ich stimme ferner auch darin mit ERNST überein, dafs eine solche Einschränkung nur durch gute, möglichst einfache und scharfe Tinktionsmethoden zu erreichen ist, und würde es auch gerne sehen, wenn es gelänge, bei einem solchen Abstrich vom Hyalin v. RECKLINGHAUSENS den Begriff des Kolloids speziell zu verwerten.

Bei aller prinzipiellen Übereinstimmung fragt es sich aber für uns, ob bei den in der Haut vorkommenden kolloidalen Massen die Unterscheidung von ERNST in Epithel-Kolloid und echtes Bindegewebe-Hyalin sich durchführbar erweist. Die Möglichkeit einer Übertragung der ERNSTschen Einteilung auf die Haut würde für diese Einteilung offenbar eine nicht unwichtige Stütze abgegeben, zumal die Haut das einzige Organ ist, an welchem die Kliniker bereits nach der blofsen Beobachtung im Leben die Diagnose „kolloide Degeneration“ zu machen pflegen. Hier heifst es mithin: hic Rhodus, hic salta! Denn eine anerkannte klinische

Diagnose ist weniger leicht aus dem Sprachgebrauche auszumerzen, als ein pathologisch-anatomischer Terminus, und in der mikroskopischen Diagnose der in Rede stehenden Degenerationen sind wir leider noch so weit zurück, dafs wir die Anlehnung an die Klinik eher selbst nötig haben, als dafs wir die klinische Diagnose bereits zu korrigieren vermöchten.

Es giebt nun, wie mich die histologische Durcharbeitung der erkrankten Haut gelehrt hat, eine grofse Anzahl verschiedenartiger, homogener Massen in derselben, welchen nach früherer Terminologie das Beiwort „kolloid", nach der präciseren Begriffsbestimmung von v. RECKLINGHAUSEN auch der Terminus, „hyalin" zukommt; ja ich wüfste kaum eine chronische infektiöse Erkrankung der Cutis und keine epitheliale Geschwulst zu nennen, bei welcher nicht gelegentlich kolloide oder hyaline Ballen und Klumpen zu finden wären. Jede chronische Tuberkulose, Syphilis, Lepra, jedes Sarkom, Carcinom der Haut zeigt solche bei aufmerksamer Untersuchung und geeigneter Färbung. Mit diesen gelegentlichen Befunden ist jedoch nicht viel anzufangen; es bedarf — wie in der ERNSTschen Arbeit der Untersuchung der Schilddrüsen- und Eierstocksdegenerationen — so hier einzelner Hautaffektionen, bei welchen diese Massen quantitativ so sehr in den Vordergrund treten und für die betreffenden Erkrankungen so charakteristisch sind, dafs die Begriffsbestimmung stets auf dieselben als Repräsentanten wird zurückgreifen müssen. Als solche Hautaffektionen nenne ich: 1. Gewisse Hautcarcinome mit homogenen Einschlüssen der Epithelien und das Epithelioma contagiosum. 2. Die „kolloide Degeneration" der Cutis mit makroskopischem Auftreten von Kolloid in derselben. 3. Das Rhinosklerom, die Aktinomykose und das Mycetom als Beispiele mikroskopischer massenhafter Anhäufung von homogenen Kugeln und Klumpen in der Cutis.

Sind an diesen Affektionen erst die Richtungslinien für die Beurteilung der betreffenden Massen in der Haut gewonnen, so wird es leichter sein, die Fälle mit geringerer, wenn auch noch so charakteristischer Ausbildung — wie beim Lichen, beim Status exfoliativus malignus des Ekzems, bei gewissen Cysten etc. — richtig unterzubringen. Ich werde die Besprechung der Degenerationsprodukte der genannten Affektionen in umgekehrter Reihenfolge beginnen, nämlich mit den allen Dermatopathologen bekannten homogenen Kugeln und Ballen der Cutis, da sie entschieden die verbreitetste Art homogener Einschlüsse in der Haut darstellen. Dabei will ich fürs erste von der KLEBS-ERNSTschen Einteilung absehen[1] und lediglich die besten Methoden ihrer Darstellung angeben.

[1] Es ist vielleicht nicht überflüssig, zu bemerken, dafs ich in meiner *Histopathologie* von dieser Nomenklatur noch keinen Gebrauch machen konnte, da die meisten einschlägigen Kapitel schon vor dem Erscheinen der ERNSTschen Arbeit geschrieben waren, dafs dann aber auch sachliche Gründe ihrer radikalen Durchführung hindernd entgegentraten.

Diese kolloiden oder hyalinen Kugeln und Ballen, welche neuerdings unter dem Namen der RUSSELschen Fuchsinkörperchen eine gewisse vorübergehende Berühmtheit erlangt haben, entsprechen, was vor allem zu zeigen ist, den Postulaten von v. RECKLINGHAUSEN und verdienen daher den Namen: Hyalin. Als solche Postulate betrachte ich die folgenden:

1. Gewisse Tingibilitätsverhältnisse. Die hyalinen Kugeln nehmen Karmin und Cochenille nur schwach, Hämatoxylin gar nicht an, färben sich dagegen mit ausgesprochen sauren Anilinfarben, vor allem Eosin und Säurefuchsin in elektiver Weise. Negativ sind sie charakterisiert durch die mangelnde Amyloidreaktion. Auch die Mucinreaktionen fallen negativ aus.

2. Sie zeigen einen starken Widerstand gegen organische und unorganische Säuren und werden nicht durch dieselben getrübt. Nach ihrer Färbung mit sauren Farben dienen Säuren dazu, sie noch kräftiger hervortreten zu lassen.

3. Sie quellen in Natron- und Kalilauge und etwas in kohlensauren Alkalien, weniger in Ammoniak, wodurch sie bei letzterer Behandlung aus dem Hautgewebe hervortreten.

4. Sie sind durchweg homogen.

5. Sie brechen das Licht stark und besitzen einen auffallenden Glanz.

6. Sie sind nicht — wie Fibrin, dessen Farbereaktionen sie teilen — in Fasern auflösbar oder gehen in solche über.

7. Sie sind stets durch scharfe Konturen vom Protoplasma und den Intercellularsubstanzen abgegrenzt, zeigen aber gelegentlich Neigung, untereinander zu verschmelzen.

8. Sie zeigen keine genetische Beziehung zu den Kernen, welche sie aber mechanisch einschliefsen können.

Einige weitere Reaktionen, welche v. RECKLINGHAUSEN angiebt, so die Trübung beim Kochen, die Färbung mit MILLONS Reagens (beim Kochen) konnte ich bei meinen Schnittpräparaten nicht ausführen. Man wird aber um so weniger anstehen, mich von diesen „Eiweifsreaktionen" zu dispensieren, da die fraglichen Kugeln nachweislich stets innerhalb von Bindegewebszellen aus deren Protoplasma entstehen, wie viele Forscher — in meinem Laboratorium MIBELLI und NOYES — es übereinstimmend vom Rhinosklerom beschrieben haben und wie ich es (cfr. *Histopathologie der Haut*) ganz in derselben Weise von der Aktinomykose und vom Mycetoma nachweisen konnte.

Diese frei in den Lymphspalten der Cutis liegenden, hin und wieder auch in die des Epithels verschleppten, stets in Bindegewebszellen entstehenden Kugeln, Kugelhaufen und Klumpen sind mithin echtes, v. RECKLINGHAUSENsches Hyalin. Bei den drei letztgenannten chronischen

Infektionskrankheiten tritt diese hyaline Degeneration des Cutisgewebes in grofsem Umfange ein, so dafs die Schnitte oft zum dritten oder vierten Teile aus den genannten Massen zu bestehen scheinen. Man beobachtet das erste Auftreten des Hyalins in den anschwellenden und acidophil gewordenen Plasmazellen der Geschwulst, so dafs nur ein feines spongiöses Gerüst der Zellen übrig bleibt, sodann das Platzen der Zellen und den Austritt der Haufen hyaliner Kugeln, zwischen denen noch der geschrumpfte Kern eingeschlossen ist; endlich sieht man die Verteilung der losen Kugeln und Klumpen in den Lymphspalten, die auf weite Strecken von diesem Material erfüllt sind.

Eine aktinomykotische Rückenhaut gab mir Gelegenheit, die Technik der Färbung für dieses Hyalin systematisch durchzuarbeiten, und die folgenden Angaben beziehen sich zunächst auf dieses Material, weiter aber auch nach vorgenommenen Vergleichungen auf das entsprechende des Rhinoskleroms, Mycetoms und die gelegentlich vorkommenden Kugeln und Kugelhaufen, bei Tuberkulose, Syphilis, Lepra, Sarkom und Carcinom der Haut u. s. f., auf die RUSSELschen sog. Fuchsinkörper und alle in dieselbe Kategorie gehörigen hyalinen Zellabkömmlinge.

A. Säurefuchsin.

Die nächstliegende Frage war das Verhalten der Hyalinkugeln zu den sauren Farbstoffen, speziell zum Säurefuchsin, als deren wichtigsten Repräsentanten. Unter den betreffenden Färbemethoden sind wieder die zwei Säurefuchsin-Pikrin-Methoden (von VAN GIESON-ERNST und von mir) die am meisten in Betracht kommenden, wegen des von ERNST auf die erstere von ihnen gelegten Gewichtes. Der Ausfall der beiden Reaktionen ist unzweideutig. Nach der einzeitigen Doppelfärbung von VAN GIESON-ERNST finden wir alle Kugeln orange gefärbt, die gröfsten von ihnen im Innern gelb mit orangefarbenem Saum, die kleineren rein orangefarben. Das kollagene Gewebe dagegen hat das Säurefuchsin allein angenommen und präsentiert sich karminrot mit exquisit bläulicher Nuance. Die gröberen Bindegewebsbündel haben sich intensiv, die feineren blafsrötlich gefärbt. Nach ERNSTS Vorschlag würden die Hyalinkugeln in den Zellen und aufserhalb derselben daher als Kolloid zu bezeichnen sein, während die kollagenen Bündel als normal oder als einer hyalinen Umwandlung verdächtig anzusehen wären.

Ich würde dagegen folgende Erklärung vorziehen. Die hyalinen Kugeln sind orangefarben, da sie sowohl das Säurefuchsin wie die Pikrinsäure anziehen; das kollagene Gewebe zeigt eine besondere Vorliebe nur für das Säurefuchsin, wie überall, wo es durchwirkt, mit protoplasmatischen Substanzen beiden Farben geboten wird. Stets wirft sich — wie wir das in den früheren Artikeln gesehen haben — die Pikrinsäure auf die proto-

plasmatischen Substanzen (Zellen, Muskeln), das Säurefuchsin auf das Kollagen. Das Hyalin unterscheidet sich nur dadurch von den protoplasmatischen Substanzen, dafs es aufser der Pikrinsäure auch noch das Säurefuchsin anzieht; dadurch wird es orangefarben.

Ich sehe mithin die Orangefarbe bei der Methode von VAN GIESON-ERNST in meinem Falle nur als einen Beweis an, dafs die Hyalinkugeln dem Protoplasma noch etwas näher stehen als das Kollagen, was man bei ihrer Entstehung innerhalb des Protoplasmas nicht wunderbar finden wird. Ohne daher im mindesten epithelialer Herkunft zu sein, werden die hyalin degenerierten Kugeln hier doch deshalb orangefarben, da sie in und aus dem Protoplasma entstehen. Die Orangefarbe als solche erscheint mir nur als Beweis der cellulären Abkunft des Hyalins (eigentlich nur: seiner Verwandtschaft zum Protoplasma), aber nicht als ein Merkmal epithelialer Herkunft. Sollte es sich in ERNSTS Fällen nicht auch nur um ein „cellulares" Orange gehandelt haben und sollten blofs die Zellen in seinen Fällen zufällig epithelialer Abkunft gewesen sein?

Konsequenterweise müfste ich, dem Gedankengange von ERNST folgend, jetzt ein orangefarbenes, „cellulares" Hyalin unter dem Namen „Kolloid" aus der Hyalingruppe ausscheiden und dem intercellularen „Hyalin" entgegenstellen. Aber eine solche Einteilung wäre noch verfrüht und zwecklos. Sehen wir zunächst, wie die hyalinen Kugeln auf meine (zweizeitige) Säurefuchsin-Pikrin-Methode reagieren. Hier finde ich die Farben im ganzen bestimmter und leuchtender, wenn auch weniger krafs in ihren Differenzen. Natürlich, denn wir haben hier nicht die Gewebe sich gleichzeitig ihre Farben aussuchen lassen, sondern sie nacheinander dem Einflusse beider ausgesetzt, so dafs sie gezwungen waren, sich gegenseitig zu verdrängen. Daher ist hier das Kollagen auch wohl noch als karminfarben zu bezeichnen, aber von einer weniger bläulichen Nuance, d. h. brillanter gefärbt, ohne seine Vorliebe für Säurefuchsin zu verleugnen. Alles Protoplasma hat dagegen — ein bedeutender Vorzug vor der VON GIESON-ERNSTschen Methode — ein reines Gelb angenommen (d. h. das Säurefuchsin vollständig abgegeben). Die hyalinen Kugeln endlich treten viel stärker hervor wie dort, und zwar in einer ungemein leuchtenden Zinnoberfarbe; sie tragen, mit anderen Worten, hier mehr ihre hyaline Natur, weniger ihre protoplasmatische zur Schau (haben mehr Säurefuchsin als Pikrinsäure aufgenommen). Dies will um so mehr sagen, als die Pikrinsäure die letzte den Hyalinkugeln gebotene Farbe war. Der saure Charakter der Pikrinsäure hat mithin, indem er das Säurefuchsin noch mehr zur Geltung brachte, über das Gelb der Pikrinsäure (die aufgenommene Quantität der letzteren) den Sieg davongetragen. Darin liegt gerade die Zuverlässigkeit und Sicherheit der (schwächeren) Differenzen bei meiner Methode, dafs die wirklich säurefuchsinophilen Substanzen

trotz der Gegenfarbe das Rot in der Pikrinsäureflotte festhalten; deshalb gelingt die Methode schon jedem Anfänger und ist ohne besondere Aufmerksamkeit immer von denselben Resultaten gefolgt. Allerdings zeigt sie die karminfarbenen, kollagenen Bündel und die zinnoberfarbenen, hyalinen Kugeln in einem nur stark graduell verschiedenen, zum Gelb hinneigenden Rot, aber die hyaline Natur der letzteren ist trotzdem fraglos, da ihre Muttersubstanz, das Protoplasma, stets rein gelb ist.

Als das Wesentlichste in diesen Färbungen erscheint nach der Hervorhebung des Hyalins die Darstellung der Mutterzellen, in welchen die hyaline Umwandlung vor sich geht. Hierzu ist die Kombination des Säurefuchsins mit einer Hämatoxylinvorfärbung zu empfehlen. Wie aus den Artikeln über Protoplasma bekannt, färbt das Hämatoxylin beide Hauptsubstanzen des Protoplasmas etwas an und hebt dadurch die Plasmazellen recht hübsch hervor, freilich in anderer Weise als das Methylenblau.[2] Plasmazellen sind aber bei allen hier in Betracht kommenden Affektionen die Mutterzellen der Hyalinkonglomerate.

Man kann auf sehr verschiedene Weise die Säurefuchsin- und Hämatoxylinfärbung miteinander kombinieren, jene oder diese voransetzen, Überfärbungen und Entfärbungen anwenden. Der einfachste Modus ist aber der, dafs man in einer guten, rasch färbenden, sauren (filtrierten) Hämatëinlösung einige Körnchen Säurefuchsin auflöst, so dafs die Farbflotte eine dunkle kirschrote Farbe annimmt. In 10—15 Minuten ergiebt dieselbe eine glänzende Doppelfärbung, wobei das Protoplasma blauviolett, das Hyalin leuchtend karminrot wird und man die Übergänge beider Substanzen studieren kann. Die Übergangszellen zeigen eine zwischen Blaugrau und Rosa schwankende Farbenskala. Je mehr das Rosa hervortritt, desto deutlicher ballt sich der Inhalt der anschwellenden und kugelig sich abrundenden Zellen zusammen und bildet zuerst lose, dann dichte Häufchen mit immer deutlicher zwischen denselben auftretenden, farblosen Zwischenräumen. Die ganz rot gefärbten Zellen repräsentieren sich als ein brombeerförmiges Konglomerat von rundlichen, gegen einander facettiert abgeplatteten Gebilden, welche von einer ganz dünnen, schwach gefärbten Substanzlage getrennt und zusammengehalten werden. Der durch Hämatoxylin stark blauviolett gefärbte Kern liegt geschrumpft gewöhnlich an einem Pole der Zelle und läfst häufig noch durch seine grobe Körnung die Abstammung von einem Plasmazellenkerne erkennen.

Andere saure Farben aufser dem Säurefuchsin kommen für ein genaueres Studium kaum in Betracht. Ich habe Eosin und Orange ver-

---

[2] Auf die Doppelfärbung mittelst Säurefuchsin und Methylenblau werde ich bei Besprechung der basischen Hyalinfärbung einzugehen haben.

sucht; dieselben halten jedoch mit Säurefuchsin, was Schärfe und Intensität betrifft, keinen Vergleich aus.

B. Fuchsin.

Es ist ein fundamentaler Satz in der Chromochemie des hier betrachteten, aus Bindegewebszellen entstehenden Hyalins, dafs es sich ebensogut — ja vielleicht noch besser — mit basischen, wie mit sauren Farbstoffen färbt. Unter diesen bespreche ich zunächst das Fuchsin; dasselbe wurde von mir stets in der intensiv färbenden Form der gebräuchlichen Karbolfuchsinlösung angewandt. Man erhält bei einfacher Färbung mit diesem Mittel und schwacher Entfärbung (z. B. angesäuertem Wasser) einen guten Überblick über die Ausdehnung der Degeneration, indem aufser den brombeerförmigen grofsen Hyalinzellen und Kugelhaufen auch noch dichte Schwärme kleinerer Hyalinkugeln sichtbar werden, welche weite Lymphräume ganz erfüllen. Es werden zweifellos durch Karbolfuchsin noch mehr hyaline Partikel gefärbt, als durch Säurefuchsin und die anderen sauren Farben. Vergleicht man daraufhin abwechselnd gefärbte Schnitte einer Serie, so bemerkt man nun auch in den mit Säurefuchsin gefärbten Schnitten noch unzählige Hyalinkugeln, aber so schwach gefärbt, dafs sie ohne besondere Aufmerksamkeit dem Blick leicht entgehen, es sind ausgewaschene Hyalinkugeln, Hyalinschatten. Nur eine starke Nachbehandlung mit sauren Flüssigkeiten hebt dieselbe so stark hervor, wie die basischen Fuchsinfärbungen sie ohne weiteres darstellen; bei der Säurefuchsin-Pikrin-Methode erscheinen sie natürlich auch zahlreicher und intensiver gefärbt, als bei der Hämatoxylin-Säurefuchsin-Methode. Andererseits kann man durch nachträgliche Beizung der Karbolfuchsinpräparate mittelst Tannin, Jod oder Chromsäure auch diese noch farbkräftiger machen.

Besonders ist eine solche Beize anzuraten, wenn man dem Protoplasma eine (blaue) Gegenfärbung erteilen will. Hierzu empfiehlt sich Wasserblau; die nachfolgende Beize der doppeltgefärbten Präparate hat dann den Nebenvorteil, die Struktur der hyalin entartenden, blauen Zellen ebenfalls besser hervorzuheben.

Man bringt die Schnitte 20—30 Sekunden in die 1%ige Wasserblaulösung, spült sie in Wasser ab, überträgt sie auf 2 Minuten in die 2%ige Karbolfuchsinlösung, spült wiederum in Wasser ab und entfärbt und beizt sie zugleich 1—2 Minuten in absolutem Alkohol, dem man durch Auflösung eines kleinen Jodkrystalles eine strohgelbe Farbe erteilt hat. Darauf folgt Abspülung in absolutem Alkohol und Übertragung in Öl und Balsam.

An diesen doppeltgefärbten Präparaten sind alle Kerne, die Hornschicht und das Hyalin dunkelkirschrot gefärbt, letzteres jedoch nur,

soweit die gröfseren Kugeln in Betracht kommen, mögen dieselben nun noch in den Zellen liegen oder die Lymphspalten erfüllen. Blau dagegen ist das Bindegewebe und das Protoplasma der noch wohlerhaltenen Zellen, weiter aber auch das Hyalin, soweit es sich um kleinere Körner und die kleineren Kugeln handelt. Es treten eine Menge grofser, den Plasmazellen durch ihren Kern ähnliche, aber gröfsere, kubische oder rundliche Zellen hervor, deren Inneres mit kleinen, blau gefärbten Hyalinkugeln prall gefüllt ist. Weiter sieht man dann andere Zellen, welche neben solchen wasserblauen, kleinen Hyalinkugeln gröfsere enthalten, die einen Rotstich aufweisen, und endlich einige gröfsere und grofse, die ebenso fuchsinrot gefärbt sind, wie alle anderen grofsen Hyalinkugeln. Die weitere Untersuchung solcher Präparate lehrt sodann, dafs man ganz allgemein zwei Hyalinarten zu unterscheiden hat, welche ebensowohl in den Zellen wie aufserhalb der geplatzten Zellen nebeneinander zu finden sind. Die eine Sorte ist kleinkalibrig, von ziemlich unregelmäfsigen Kanten und Flächen begrenzt, selten rein rund und zeigt eine Vorliebe für das saure Wasserblau. Die andere Sorte stellt die schon bei schwacher Vergröfserung in die Augen fallenden, grofsen Kugeln dar, hat einen Durchmesser gleich dem halben bis ganzen Durchmesser eines Kernes derselben Zellen, ist stets kugelrund, wo sie freiliegt, nur in den Zellen leicht facettiert und zieht mit grofser Begierde das basische Karbolfuchsin an. Das Verhältnis dieser beiden Hyaline, welche denselben Ursprung (Protoplasma) und dasselbe Endschicksal (Fortschwemmung in den Lymphspalten) haben, ist aber nicht so zu denken, als wenn die grofsen (roten) Kugeln sich nur aus den kleinen (blauen) Körperchen entwickelten, dafs letztere gleichsam ein notwendiges erstes Stadium für die ersteren darstellten. Denn man findet einerseits genug ganz kleine Zellen, kaum gröfser als eine Plasmazelle und doch schon ganz angefüllt mit drei bis vier grofsen, segmentartig zusammengedrückten, roten Kugeln und andererseits sehr grofse, entartete Zellen, vollgepfropft mit blauen Körperchen und ohne eine Andeutung von Umwandlung derselben in gröfsere rote Kugeln, sowie auch frei im Lymphraume liegende Massen blauer Körperchen, aus überreifen, geplatzten Zellen ausgestofsen, welche keine roten Kugeln einschliefsen.

Das Verhältnis beider Hyaline ist mithin nur so denkbar, dafs die Homogenisierung des Protoplasmas, deren Resultat wir als Hyalin bezeichnen, in zwei verschiedenen Formen oder Graden vorkommt. Entweder verwandeln sich die Protoplasmaportionen in homogene, die Acidophilie des Protoplasmas noch beibehaltende (daher hier blaue), kleine Körperchen oder unter meist bedeutender Volumvermehrung in homogene, der Kugelgestalt zustrebende Körper, welche auch acidophil sind, aber bei nachträglicher basischer Färbung sich umfärben und mithin zu gleicher

Zeit eine exquisite Basophilie zeigen. Ob diese zweite Sorte auch — wie die erste — immer direkt aus dem Protoplasma entsteht oder zuweilen auch indirekt aus den Körperchen der ersten Sorte, ist schwierig zu entscheiden. Ihre direkte Entstehung aus dem Protoplasma wird bewiesen durch die häufigen Fälle, in denen schon kleine Hyalinzellen ganz aufgeteilt sind in wenige grofse (rote) Hyalinkugeln ohne Andeutung eines blauen Körperchens neben denselben, und ohne dafs Verschmelzungen kleinerer Körperchen zu gröfseren wahrnehmbar werden (Fehlen von Bisquit-, Dumble-, Kleeblattformen). Das kleine unregelmäfsig gestaltete (blaue) Körperchen ist daher nach meiner Auffassung ebensogut ein hyalines Endprodukt, wie das grofse, regelmäfsig kugelige (rote). Aber andererseits läfst sich durchaus nicht die Möglichkeit von der Hand weisen, dafs die letzteren sich auch auf Grundlage der schon fertigen, kleineren bilden, zumal da bei ihrer Bildung doch notwendig etwas Neues hinzukommen mufs. Denn diese Kugeln sind nicht nur immer gröfser, sondern haben auch eine exquisite Basophilie angenommen, und es gehörte gerade kein hoher Grad von Phantasie dazu, um die Hypothese zu formulieren, dafs die grofsen Kugeln gleich den kleinen Körperchen seien plus einer von aufsen hinzugetretenen stark basophilen Substanz.[3]

Ich möchte jedoch, den Modus der indirekten Entstehung der grofsen Hyalinkugeln als zunächst weniger wichtig ganz beiseite lassend, die thatsächliche, gleichzeitig tinktorielle und strukturelle Differenz nur so ausdrücken, dafs die kleinkalibrige Hyalinform dem Protoplasma näher steht, die grofskalibrige sich durch stärkere Basophilie immer mehr vom Protoplasma entfernt — wenn man will — immer exquisiter „hyalin“ wird. Auf diese Weise versteht man schon besser das Janusgesicht, welches uns dieses Hyalin zukehrt, und die Möglichkeit, die grofsen Kugeln mittelst so ungemein differenter Farben, wie Fuchsin und Säurefuchsin, intensiv und dauerhaft zu färben.

C. Safranin.

Eine 1%ige wässerige Safraninlösung färbt die Hyalinkugeln in ähnlicher Weise wie Karbolfuchsin. Auch hier kann man mit Wasserblau Doppelfärbungen erzielen, wobei die grofsen roten Kugeln im blauen Protoplasma liegen und nur die kleinen Hyalinkörperchen die blaue Farbe halten. Das etwas mitfärbende Wasserblau erteilt den Hyalinkugeln eine bläulich kirschrote Farbe. Färbt man die Safraninschnitte mit Hämatoxylin statt mit Wasserblau vor, so erhält man reinere Farbenkontraste und einen schönen Farbenübergang vom grauvioletten Protoplasma der

[3] Würden die stark basophilen Hyalinkörperchen nicht zugleich die gröfseren sein, so würde auch eine andere Hypothese nahe liegen, dafs nämlich die starke Basophilie auf einer Wasserabgabe, einer Eintrocknung der Hyalinkörper beruht.

Plasmazellen (Hämatein) zu den blaurötlichen, kleinen Hyalinkörpern und den grofsen roten Kugeln. Noch verschärft werden die Kontraste, wenn man auch hier eine Beize (Tannin, Jod, Chromsäure) anwendet, wobei das Safraninrot in gelbe und braune Nuancen umschlägt. Ich bevorzuge das Jod (in Form der spirituösen oder Jodsalzlösung), weil es die Strukturen der degenerierenden Zellen zugleich scharf hervorhebt; die Safraninjodfarbe hat in diesen Jodpräparaten einen leuchtenden gelbbraunen Ton. Aber auch Tannin giebt vorzügliche Präparate, z. B. in folgender Kombination:

1. Starke Vorfärbung mit Hämatoxylin.
2. Abspülung in Wasser.
3. Färbung in 1 %iger Safraninlösung 10 Minuten.
4. Abspülung in Wasser.
5. Konzentrierte Tanninlösung 30 Sekunden.
6. Wasser.
7. Alkohol, Öl, Balsam.

Das Protoplasma der noch nicht degenerierten Zellen ist grauviolett gefärbt; die beginnende Degeneration zeigt sich durch eine zuerst diffuse Rötung des Protoplasmas, dann treten Zerklüftungen in demselben auf, und die Partikelchen färben sich immer leuchtender rot bis zu den vollendeten grofsen Hyalinkugeln. Die letzteren haben hier (Safranin und Tannin) einen eigentümlichen Ton, der an das Rot der Tomaten erinnert.

Das Safranin läfst — besser als das Fuchsin — eine Kombination mit Gentianaviolett zu, worauf wir in folgendem Abschnitt kommen werden.

D. Gentianaviolett.

Auch diese basische Farbe läfst sich zur Darstellung des Hyalins gebrauchen, doch kommt ihr nicht die Wichtigkeit zu, wie dem Karbolfuchsin und Methylenblau. Bei den gebräuchlichen Färbungen auf Bakterien und Fibrin (Vorfärbung mit Pikrocochenille, Gentianaviolett, Jodbehandlung, Anilin und Xylol mit oder ohne Zusatz von Orange) treten die grofsen Kugelhaufen wohl gut in violetter Farbe hervor, aber die Vorfärbung schwächt die Intensität der Hyalinfärbung. Besser, d. h. dunkelblau heben sich die hyalinen Massen ab, wenn man die vorläufige Kontrastfärbung mit einem Karminpräparat fortläfst und nur die nachträgliche Orangegegenfärbung benutzt. Eosin als Vorfärbung nimmt auch von den hyalinen Kugeln derart Besitz, dafs die nachfolgende Gentiana-Jod-Behandlung nicht vollkommen freies Feld mehr vorfindet, und hier bemerkt man, dafs die gröfsten Hyalinkugeln das Eosin am festesten halten, während die mittelgrofsen und kleineren die Gentiana-Jod-Farbe gut angenommen haben. Diese Wahrnehmung führte dazu, Doppelfärbungen anzuwenden, um die kleinen Hyalinkörper mittelst Gentiana-

violetts und die grofsen mittelst einer der anderen schon erprobten Hyalinfärbemittel in einem Schnitte darzustellen. Dies gelingt sowohl in der Kombination mit Säurefuchsin, wie in der mit Saffranin.

Der Schnitt wird 10 Minuten lang in der 2 %igen Säurefuchsinlösung vorgefärbt, mit Wasser abgespült, darauf 10—15 Minuten lang in der rein wässerigen Gentiana-Alaunlösung, welche zur Darstellung der Epithelfasern dient, gefärbt, sodann jedoch auf dem Objektträger abgetrocknet und mittelst Anilin 25 + Xylol 25 entfärbt.

Für die Kombination m t Safranin kann dieselbe Formel dienen.

Die Präparate zeigen nun das Hyalin teils blauviolett, teils rot gefärbt. Die kleinsten Formen sind lediglich mit Gentianaviolett gefärbt, ebenso die Plasmazellen, welche sich zur hyalinen Degeneration anschicken, und darin, dafs diese aus der schwach gefärbten Umgebung hervorleuchten, beruht ein entschiedener Vorzug dieser Doppelfärbungen. Die gröfsten Hyalinkugeln sind fast alle rot gefärbt, mit oder ohne einen blauen Saum, die mittelgrofsen sind meistens blauviolett, doch auch einige rot, Unterschiede, die vielleicht mit der Konsistenz der Kugeln zusammenhängen (je fester, desto weniger wird das Gentianaviolett angenommen).

Aus der Möglichkeit dieser basischen Doppelfärbungen geht zunächst wieder hervor, dafs zwischen den kleinsten und grofsen Hyalinkörperchen physikalische und chemische Unterschiede bestehen, und sodann, dafs Gentianaviolett sich speziell zur Darstellung der ersteren eignet.

E. Methylenblau.

Wenn man auf Grund der vorzüglichen Brauchbarkeit des Methylenblaus zum Studium des normalen Zellenleibes an die Untersuchung der hyalinen Degeneration der Zellen mit ziemlich hohen Erwartungen herangeht, so findet man sich zunächst enttäuscht. Die gebräuchlichen Protoplasmafärbungen (Methylenblau-Orcein-Methode, Methylenblau-Glycerinäther-Methode u. s. f.) geben über die ersten Stadien der Degeneration nicht die erwünschte Klarheit. Ganz natürlich, da mit dem Beginn der Degeneration bereits eine Änderung der tinktoriellen Reaktion des Zellenleibes, eine erhöhte Neigung zur Aufnahme saurer Farben einhergeht, die für die Methylenblaufärbung ein ungünstiges Feld schafft. Es ist ähnlich so, als ob man normale, aber in Chrom- oder Osmiumsäure fixierte Plasmazellen mittelst Methylenblaus darstellen wollte. Erst die vollendete Hyalinumwandlung in den grofsen Kugeln macht diese wieder geeigneter zur Färbung mit Methylenblau nach den obigen Methoden, und so wird man durch diese die grofsen hyalinen Kugelhaufen leidlich darstellen können.

Aber durch Hinzuziehung gewisser Beizen kann man das Methylenblau auch auf den Zellen der früheren Degenerationsstufen fixieren und erhält damit Bilder, welche ihrerseits den Prozefs der Degeneration wieder von

neuen Seiten zu beleuchten geeignet sind. Darin liegt der Schwerpunkt der Methylenblauanwendung bei dieser hyalinen Degeneration. Die wichtigsten derartigen Beizen sind: Jod, rotes Blutlaugensalz und Tannin.

Um überhaupt nur die Hyalinkörper dunkelblau auf hellblauem Grunde durch Methylenblau hervorzuheben, empfiehlt sich eine starke Jodierung, wie man sie durch Behandlung des methylenblauen Schnittes (5—10 Minuten in der polychromen Methylenblaulösung) mit einer starken Jod-Jodkaliumlösung erreicht. Ich stelle mir dieselbe gewöhnlich durch Eintragen eines kleinen Jodkrystalles in eine Jodkaliumlösung ex tempore her. Die Schnitte werden sodann in Alcohol absolutus entfärbt und entwässert, sodann in Öl und Balsam gebracht. Die grofsen Hyalinkörper sind schwarzblau, die mittelgrofsen dunkelblau gefärbt, die kleineren dagegen hellblau und nur unvollkommen, die Übergangsstadien zwischen Protoplasma und Hyalin und ersteres selbst ist ganz entfärbt.

Vorzüge eigener Art hat die gleichzeitige leichte Beize und Entfärbung in schwacher Jodtinktur. Die methylenblau überfärbten Schnitte kommen direkt in ein Schälchen mit absolutem Alkohol, dem durch Eintragen eines Jodkrystalles eine strohgelbe Farbe gegeben ist. Darauf folgt Abspülung in absolutem Alkohol, dann Öl und Balsam.

Ein längerer Aufenthalt (etwa 3 Minuten) der Schnitte in der Jodtinktur bringt einen wertvollen tinktoriellen Gegensatz zwischen Kernsubstanz und Hyalin hervor. An solchen Präparaten sind aufser den Hyalinkörpern nur noch die Kerne und die Hornsubstanz gefärbt, die letzteren Substanzen dunkelblau mit violettem Strich, die Hyalinkörper himmelblau. Man kann nun, was sonst nicht immer leicht ist, in dem Gewirre von Zelltrümmern, welches die Lymphspalten erfüllt, jeden Kern von den Hyalinkörpern sofort unterscheiden.

Läfst man die Schnitte etwas kürzere Zeit (1—2 Minuten) in der Jodtinktur, so findet man aufser den ebengenannten Substanzen noch das Protoplasma der Plasmazellen und Übergangszellen zur hyalinen Degeneration schwach blau gefärbt. Sehr deutlich sieht man sowohl die runden Protoplasmalücken (anscheinende Vakuolen), wie die noch schwach gefärbten Protoplasmaportionen in denjenigen Plasmazellen, welche sich zur hyalinen Entartung und Bildung der Hyalinkugeln anschicken. Man kann hier also der schwierigen Frage näher treten, ob die anscheinend leeren, kugelrunden, Vakuolen ähnlichen Stellen jener Zellen es sind, die sich in Hyalinkugeln umwandeln oder die dazwischen balkenförmig ausgesparten Protoplasmareste. Ich glaube, nach den mir vorliegenden Präparaten den ersteren Modus annehmen zu müssen.

In dieser Frage ist auch die Beizung der Methylenblaupräparate mit rotem Blutlaugensalz von Wichtigkeit. Man läfst die Schnitte 10 Minuten in polychromer Methylenblaulösung, sodann 5 Minuten in der 1%igen

Lösung von rotem Blutlaugensalz; nach gehöriger Abspülung in Wasser werden dieselben 2 Minuten lang in saurem (1 % HCl) Alkohol entfärbt, in Alkohol abgespült und in Öl und Balsam gebracht.

Das auffallendste Merkmal so behandelter Schnitte, die durchweg eine schön violette Farbe und scharfe Konturierung zeigen, ist das Aussehen der hyalinen Kugeln. Dieselben sind äufserst derb konturiert, innerhalb der Zellen von fast schwarzen Rändern umsäumt, aber auch, wo sie frei im Gewebe liegen, auffallend scharf von ihrer Umgebung abgesetzt. Auf keinen anderen Präparaten machen daher die grofsen Zellen mit hyalinem Inhalt einen so maulbeer- oder brombeerartigen Eindruck. In ähnlicher, allerdings weniger scharfer Weise sind die Vorstadien der hyalinen Kugeln, die degenerierenden Portionen des Protoplasmas der Plasmazellen umsäumt, auch wo sie noch nicht durch ihre dunkle Färbung hervortreten, und man sieht hier nun deutlich, dafs es gerade die anscheinend leeren, kugelrunden Stellen des Protoplasmas, diese scheinbaren Lücken oder Vakuolen sind, welche sich zu hyalinen Kugeln von der starken Tingibilität umwandeln, nicht die dazwischen übrigbleibenden Protoplasmabalken. Man sieht nirgends deutlicher als hier, dafs der Hyalinkugel von starker Tingibilität ein homogenes, durchscheinendes, also schon hyalines Körperchen von ausgesprochen schwacher Tingibilität vorhergeht.

Wieder andere Strukturverhältnisse deckt die Tanninbeize der Methylenschnitte auf. Auch hier sind die grofsen Hyalinkugeln in- und aufserhalb der Zellen sehr stark (schwarzblau) gefärbt, und ebenso sieht man in den dunklen, grofsen Übergangszellen (zwischen Plasma- und Hyalinzellen) dunkelgefärbte Hyalinkörper zahlreich eingesprengt. Aber man bemerkt hier auch noch eine feinere, blauschwarze Körnung von verschiedenem Kaliber und verschiedener Dichte innerhalb der Übergangszellen. Ob dieselbe den hyalin degenerierenden Massen oder dem Protoplasmareste angehört, möchte ich noch dahingestellt sein lassen.

Sehr schöne Präparate erzielt man ferner durch eine mit der Tanninbeize gleichzeitige Gegenfärbung mit Säurefuchsin. Die Tanninbeize bewirkt hier, dafs die Übergangszellen stärker als sonst das Säurefuchsin annehmen und das rote Protoplasmalager der schwarzblauen Hyalinkugeln leuchtend hervortritt. Man färbt in der polychromen Methylenblaulösung 10 Minuten vor, spült in Wasser ab und bringt die Schnitte in eine (33%ige) konzentrierte Tanninlösung, welcher man durch einige Körner Säurefuchsin eine Portweinfarbe gegeben hat. Hier bleiben sie etwa 15 Minuten, werden dann sehr gut in Wasser abgespült, in Alkohol entwässert und Öl und Balsam gebracht. Die grofsen Hyalinkugeln, das Keratin und die Kerne sind schwarzblau, alles übrige ist leuchtend rot, speziell das meiste Protoplasma, die Übergangszellen und eine Anzahl der kleineren Hyalinkugeln. Man trifft deshalb viele Zellen an, welche in rotem

Protoplasma eine Menge kleiner roter Kugeln neben einzelnen gröfseren, dunkelblauen Hyalinklumpen beherbergen. Die blaue Farbe letzterer hält vermöge der gleichzeitigen Tanninbeize gegen die Umfärbung durch Säurefuchsin stand, ebenso wie die der Kerne, des Keratins und einzelner, wohlerhaltener Plasmazellen.[4] Übrigens hat man es ganz in der Hand, durch längere Methylenblauvorfärbung und kürzere Säurefuchsinnachfärbung diese Präparate allmählich in die der einfachen, schon beschriebenen Methylenblau-Tannin-Präparate übergehen zu lassen, in welchen alles Hyalin und Protoplasma blau gefärbt ist.

Aus diesen Thatsachen über das Hyalin der Bindegewebszellen, welche, wie man wohl sieht, einerseits noch sehr lückenhaft sind, andererseits doch schon wieder neue Rätsel aufgeben, geht nach meiner Ansicht wenigstens so viel hervor, dafs echtes (v. RECKLINGHAUSENsches) Hyalin innerhalb der Cutiszellen entsteht, und dasselbe gleichzeitig sowohl acidophil, wie basophil ist. Sodann kann man auch bereits mit Sicherheit sagen, dafs nie der ganze Protoplasmaleib sich in Hyalin umwandelt, sondern neben den Hyalinkörpern stets gröfsere oder geringere Protoplasmareste der Entartung entgehen und eine Zeitlang die Hyalinkörper in Gestalt einer stark aufgetriebenen Zelle zusammenhalten.[5] Endlich ist noch als ein charakteristisches Moment dieser Degeneration das Erhaltenbleiben des Kerns zu betrachten; derselbe schrumpft und zerbröckelt allerdings meistens in ähnlicher Weise wie die Epithelkerne bei der Verhornung, aber erscheint doch auch zuweilen in hochgradig degenerierten Zellen merkwürdig gut erhalten.

Die gleichzeitige Acido- und Basophilie dieser Hyalinart läfst einen gewissen einseitigen Fortschritt zur gröfseren Basophilie erkennen, insofern die grofsen Hyalinkugeln bei der Wasserblau-Karbolfuchsin-Methode die Fuchsinfarbe und bei den verschiedenen Methylenblau-Methoden überhaupt allein das Methylenblau fixieren, während die Übergangszellen mit ihrem geballten Protoplasma und die kleinsten Hyalinkörper stets eine ausgesprochene Acidophilie aufweisen. Jedoch machen die individuellen abweichenden Eigenschaften der Farben eine Charakteristik nach dieser Richtung unmöglich, indem das basische Gentianaviolett eine Vorliebe für die kleinen Hyalinkörper zeigt, so dafs man sogar mittelst Säurefuchsin und Gentianaviolett die grofsen Hyalinkugeln rot und die kleinen gleich-

[4] In die Erklärung zu Figur 17 der Tafel meiner *Histopathologie*, welche diese Verhältnisse illustriert, hat sich ein Irrtum eingeschlichen, indem die blauen Portionen innerhalb der roten degenerierenden Zellen nicht „Reste wohlerhaltenen Protoplasmas", sondern ebenfalls Hyalinklumpen darstellen.

[5] Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dafs diese nicht in Hyalin übergehende Substanz nach meiner in den früheren Artikeln gegebenen Definition aus Spongioplasma besteht, während das Granoplasma als die eigentliche Muttersubstanz des Hyalins zu betrachten ist. Ein näheres Eingehen auf diese Frage würde hier zu weit füh

zeitig blau färben kann. Nur das geht wieder mit Sicherheit aus dieser amphibolen Tingibilität hervor, dafs wir es in den fertigen Hyalinkörpern mit komplexen Eiweifsverbindungen oder Gerinnungsprodukten zu thun haben, und dafs eine Hauptunterscheidung in kleine, mehr protoplasmaähnliche und grofse ausgesprochene hyaline Körper gerechtfertigt ist.

Ich wende mich nun zu denjenigen Veränderungen der bindegeweblichen Zwischensubstanz, des Kollagens, welche man als hyaline oder kolloide bezeichnen kann. Wie schon oben erwähnt, existiert bereits eine Dermatose, welche klinisch die Bezeichnung der kolloiden Degeneration trägt. Von E. Wagner zuerst als Kolloidmilium beschrieben, wurde sie sodann von Besnier und Balzer als eine kolloide Entartung der Cutisfasern erkannt; dieses Resultat wurde später von Feulard und Balzer und neuerdings von Perrin, Reboul und mir bestätigt. Leloir und Vidal haben allerdings auch hier den Namen „Hyalom" vorgeschlagen, doch, wie es scheint, keine eigenen Untersuchungen über die Substanz angestellt.

Wenn ich den Namen kolloide Degeneration für diese Affektion beibehalte, so bestimmt mich dazu in erster Linie die Überzeugung, dafs es ein nutzloses Beginnen wäre, bei einer Hautkrankheit, welche in ihren citronengelben, durchscheinenden Knötchen, sowie in der Entleerung einer gelatineähnlichen Masse beim Anschneiden den ursprünglich für kolloide Substanzen aufgestellten Begriff so genau wie möglich klinisch vorführt, blofs auf Grund histologischer Daten eine neue Nomenklatur einführen zu wollen, besonders wenn diese Daten in keiner Weise zwingend eine solche Umwälzung erfordern. Weiter scheint es mir auch am natürlichsten zu sein, den Begriff des Kolloids, wenn es aus anderen Gründen nicht unmöglich ist, gerade bei den Degenerationen der leimgebenden Substanz, des Kollagens, zu verwerten. Ich leugne jedoch auch nicht, dafs es mich in dritter Linie mit einer gewissen Befriedigung erfüllt, nachdem der cellulare Ursprung vieler Hyalinmassen in der Cutis sichergestellt ist, nun noch den Namen „Kolloid" für eine Art der Degeneration frei zu haben, welche, wie ich nachweisen kann, an einem ganz anderen Material stattfindet und zu ganz anders gearteten Produkten führt; ich fühle mich hier des Einverständnisses der Kliniker sicher, da es doch ein zu paradoxes Beginnen wäre, die makroskopisch kolloide Degeneration histologisch auf Hyalin zurückzuführen, während wir die viel weiter verbreitete hyaline Degeneration der Bindegewebszellen, selbst wenn wir wollten, klinisch gar nicht an deren Stelle zur kolloiden umtaufen könnten, da sie makroskopisch überhaupt nicht wahrnehmbar wird. Allerdings thut es mir leid, dafs meine Hautstudien mich in einen so ausgesprochenen und unüberbrückbaren Gegensatz zu den Resultaten der höchst verdienstvollen Arbeit von Ernst gebracht haben.

Es ist den Lesern dieser Zeitschrift aus den vorhergehenden Artikeln über Elacin, Kollastin und Kollacin[7] bekannt, dafs die kolloiden Massen bei der hier in Rede stehenden Affektion sich auf Grund der senilen Degeneration der Haut und durch ein Zusammenwirken degenerativer Produkte des Kollagens und Elastins bilden. Es handelt sich um ein Extrem des Verwitterungsprozesses der Haut, dessen niedere Grade die verschiedenen Phasen der senilen Degeneration darstellen. Solange die dabei auftretende elastische Umprägung des Kollagens in der oberen Cutisschicht noch ohne makroskopisch auffällige Zeichen verläuft, bleibt die Degeneration auf der Stufe des Kollastins (mit eingestreuten Elacin- und Kollacinkörpern) stehen. Wenn aber in einzelnen Fällen die obere Cutisschicht zu durchscheinenden, gelblichen Knötchen anschwillt, geht mit dem Kollastin auch mikroskopisch eine bedeutsame Veränderung vor sich — es verwandelt sich in Kolloid. Makroskopisch ähnelt diese Masse Klümpchen von Tischlerleim oder Agar, mikroskopisch zeichnet sie sich durch ihre Homogenität, ihre Anordnung zu groben, mannigfach zerklüfteten Massen aus, die keinerlei Faserbildung mehr aufweisen und ihre dem Kollagen und Elastin gegenüber vollkommen veränderte Tingibilität. Wie wir (a. a. O.) gesehen haben, verlieren die degenerierenden Massen schon bei der Umwandlung in Kollastin die für Kollagen charakteristischen Färbereaktionen (rot durch n. Orcein und durch Säurefuchsin), erhalten dagegen die Reaktion des Elastins (braun durch s. Orcein). Bei der weiteren, mit enormer Aufquellung verbundenen Umwandlung in Kolloid geht auch diese Reaktion verloren, und die neue Substanz zeichnet sich aus durch den Mangel jeder spezifischen Chromophilie. Man kann dem Kolloid durch alle möglichen basischen, sauren und neutralen Farben eine leichte Färbung erteilen, stets wird es sich durch seine relative Farbenarmut von dem umgebenden Gewebe abheben. Orcein in neutraler und saurer Lösung färbt es bräunlich, Hämatoxylin blafsviolett, Säurefuchsin rosa, Karbolfuchsin ebenfalls rötlich, Methylenblau bläulich; nur Pikrinsäure färbt es ziemlich stark gelb. Im allgemeinen werden bei Doppelfärbungen mit basischen und sauren Farben die sauren vom Kolloid bevorzugt; so wird das Kolloid wasserblau bei der Wasserblau-Karbolfuchsin- und der Wasserblau-Safranin-Methode. Basische Farben lassen sich durch Beizen besser fixieren. So wird das Kolloid durch Methylenblau bei der Entfärbung in konzentrierter Tanninlösung oder der Tannin-Säurefuchsin-Mischung dunkelblau.

Wie man sieht, unterscheidet sich das bindegewebige, intercellulare Kolloid in manchen Stücken von dem bindegewebigen,

---

[7] S. auch die Kapitel: Senile und kolloide Degeneration in meiner *Histopathologie*.

cellulären Hyalin. Es ist eben eine noch weit kompliciertere Substanz, in welche u. a. das Elastin aufgegangen und überhaupt alle intercellularen Substanzen der Cutis verschmolzen sind. Mit dieser Komplikation hängt wohl die mangelnde Chromophilie des Kolloids zusammen, insofern dieselbe mit einer Sättigung von chemischen Affinitäten als gleichbedeutend angesehen werden kann. Je gebundener und daher chemisch inerter ein Körper ist, desto weniger wird er Farbstoffe elektiv anzuziehen im stande sein.

In einer Beziehung gleichen sich Hyalin und Kolloid: in ihrer Unabhängigkeit von der Kernsubstanz und speziell dem Chromatin der Kerne. Auch in den dichtesten und ältesten (zentralen) Kolloidblöcken weist eine Kernfärbung noch eine Anzahl von Kernen der Bindegewebszellen nach, welche durch den Druck der umgebenden Kolloidmassen zu langen Spindeln komprimiert sind. Dieselben sind aber weder in ihrer Zahl gegenüber der normalen Anzahl des betreffenden Cutisbezirkes verringert, noch hat ihr Chromatin quantitativ Einbufse erlitten.

Nach diesen Erörterungen wird es jetzt auch leicht sein, die Resultate der beiden Säurefuchsin-Pikrin-Methoden zu beurteilen, auf welche sich schliefslich unser Interesse konzentriert.

Meine zweizeitige Methode giebt sehr deutliche Übersichtsbilder; alles Kolloid ist pikringelb gefärbt, das normale Kollagen der Umgebung (sowie per Kontrast auch etwa im Kolloid eingeschlossenes Elacin und Kollacin) zeigt das reine Säurefuchsinrot. Färben wir nach v. Gieson-Ernst, so nimmt das umgebende Kollagen ebenfalls das Säurefuchsin auf, hier aber auch in ähnlicher Weise das Kolloid; nur nimmt dieses nebenher noch etwas Pikrinsäure an und erscheint dadurch ein wenig orangerot gegenüber dem unveränderten Kollagen. Es wäre jedoch ein allzu oberflächlicher Schlufs, wenn ich auf diese leichte Orangefärbung hier meine Diagnose des Kolloids basieren wollte; das hiefse Ernsts Kolloidreaktion mifsbrauchen. Denn diese ist hier nicht nur ungenügend ausgebildet, sondern es fehlt für sie auch alles übrige, vor allem die Abkunft der kolloiden Massen von Epithelien. Meine Definition des Kolloids der Cutis involviert eine lange Entstehungsgeschichte, in welcher alle intercellularen Substanzen der Cutis beteiligt sind; dieses Kolloid entsteht nicht mit einem Male, sondern nachdem lange vorher schon das Kollagen und Elastin in Kollastin zusammengeschmolzen sind, aus diesem letzteren. Stets ist an der Peripherie meiner Kolloidblöcke noch eine äufsere Schale unveränderten Kollagens und innerhalb derselben eine zweite Schale vorhanden, welche neben Resten von Elastin, grofse Mengen von Kollastin, einzelne Fasern von Elacin und wenige Klumpen von Kollacin enthält.

Es ist nur eine weitere Konsequenz dieser Thatsachen, wenn ich mich auch darin von ERNST unterscheiden muſs, daſs ich die rein rote Färbung kollagener Fasern bei der Behandlung mit Säurefuchsin und Pikrinsäure nicht für eine hyaline Umwandlung dieser Fasern verwerten kann, seien die Schnitte nun nach v. GIESON - ERNST oder nach meiner Methode gefärbt. Bei der kolloiden Degeneration der Haut zeigt das reine Säurefuchsinrot in den nach letzterer gefärbten Schnitten ja gerade das noch gesunde Kollagen an, wie bei allen sonstigen von mir bisher daraufhin studierten Dermatosen. Über die v. GIESON-ERNSTsche Methode besitze ich in der Haut nicht dieselbe Erfahrung und möchte es daher nicht für unmöglich halten, daſs gewisse Strukturveränderungen des kollagenen Gewebes, die wir als Homogenisierung oder Sklerose bezeichnen können, bei dieser Färbung sich durch eine veränderte Farbenreaktion zu erkennen geben. Jedoch ist mir bisher — d. h. in dem letzten Jahre — kein Fall derart vorgekommen. Es ist wohl nicht ganz unwichtig, dies zu betonen, da das Keloid neuerdings von KLEBS (*Allg. Pathol.* Bd. II. pag. 157 u. 618) als ein ausgezeichnetes Beispiel für die hyaline Degeneration der Grundsubstanzen aufgefaſst wurde. Ich habe daraufhin noch einmal das Keloid mit beiden Säurefuchsin-Pikrin-Methoden geprüft, aber keine vom normalen Kollagen abweichende Reaktion an der Substanz desselben konstatieren können, so daſs ich die groben, dicken Balken (cfr. *Histopathologie.* pag. 846) nach wie vor als einfach hypertrophische bezeichnen muſs. Für die „glasartige", hyaline Verquellung der kollagenen Fasern — wenn eine solche vorkommt, wie es nach NEUMANNS Angaben über den höchsten Grad der senilen Degeneration den Anschein hat — müssen jedenfalls aufser den Säurefuchsin-Pikrin-Methoden noch andere Färbungen herangezogen werden, exakte Differentialfärbungen zwischen normalen und hyalin gewordenen, kollagenen Fasern, welche wir noch nicht besitzen.

Im folgenden stelle ich die brauchbarsten Formeln zur Tinktion des Zellenhyalins in der Cutis zusammen:

A) Säurefuchsin-Pikrin-Methode.

1. Säurefuchsin (2 %) 5 Minuten.
2. Gesättigte wässerige Lösung von Pikrinsäure 2 Minuten.
3. Gesättigte spirituöse Lösung von Pikrinsäure 2 Minuten.
4. Abspülung in Alkohol absolutus.
5. Öl, Balsam.

Hyalin, Kollagen: rot, Protoplasma: gelb.

B) Säurefuchsin- + Hämatoxylin-Methode.

1. Eine Stunde lang in folgender Mischung:

Hämatoxylin	0,5
Spiritus	10,0
Glycerin	20,0
Wasser	60,0
Alaun	2,0
mit 0,1 Soda neutralisierte Sol. H_2O_2	10,0
M. Filtra. Adde: *Säurefuchsin*	0,01

2. Abspülen in Wasser.
3. Alkohol, Öl, Balsam.

Hyalin und Keratin: leuchtend karminfarben; Kollagen: blaurot; Protoplasma: violett.

C) Wasserblau-Karbolfuchsin-Jod-Methode.

1. Wasserblau 1%ige Lösung 20—30 Sekunden.
2. Wasser.
3. Karbolfuchsinlösung 1—2 Minuten.
4. Wasser.
5. Alkohol mit 1 Jodkrystall auf das Schälchen.
6. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Kerne, Keratin und grofse Hyalinkugeln: kirschrot; Kollagen, Protoplasma und kleine Hyalinkörper: blau.

D) Hämatein-Safranin-Tannin-Methode.

1. Starke Vorfärbung mit Hämatoxylin.
2. Wasser.
3. 1%ige Safraninlösung 10 Minuten.
4. Wasser.
5. Konzentrierte wässerige Tanninlösung 30 Sekunden.
6. Wasser.
7. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Kerne, Kollagen, Protoplasma: violett; Hyalin: tomatenrot.

E) Methylenblau-Jodalkohol-Methode.

1. Polychrome Methylenblaulösung: 5 Minuten.
2. Wasser.
3. 1 Schälchen Alkohol mit 1 Jodkrystall: 1 bis höchstens 2 Minuten.
4. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Grofse Hyalinkugeln: dunkelblau; Übergangszellen: gut.

F) Methylenblau- r. Blutlaugensalz-Methode.

1. Polychrome Methylenblaulösung 10 Minuten.
2. Wasser.

3. Rotes Blutlaugensalz (1%ige Lösung) 5 Minuten.
4. Wasser.
5. Saurer Alkohol (1% HCl) 2 Minuten.
6. Alkohol, Öl, Balsam.

Scharfe Konturen aller Hyalinkörper.

G) Methylenblau-Säurefuchsin + Tannin-Methode.

1. Polychrome Methylenblaulösung 10 Minuten.
2. Wasser.
3. Konzentrierte (33%ige) wässerige Tanninlösung, durch einige Körner Säurefuchsin portweinfarben: 15 Minuten.
4. Wasser.
5. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Kollagen, Protoplasma und kleine Hyalinkugeln: rot; Kerne und grofse Hyalinkugeln: blau.[8]

Trichophytia blepharo-ciliaris (Blepharitis trichophytica).

Klinische und mykologische Untersuchungen.

Von

Prof. V. Mibelli,

Direktor der dermosyphilopathischen Klinik zu Parma.

Allen Ärzten ist die Thatsache wohlbekannt, dafs sich die trichophytischen Hautaffektionen mit einer gewissen Frequenz am Halse und im Gesichte lokalisieren; selbst diejenigen, welche mit den morphologischen Einzelheiten der Dermatologie weniger vertraut sind, kennen das charakteristische Aussehen der Trichophytie an den genannten Stellen.

Doch giebt es auch im Gesichte ganz umschriebene Bezirke, welche nicht einen sehr günstigen Boden für das Trichophyton tonsurans bilden. indem sie nur ganz selten von der Affektion befallen werden, die doch in der Nachbarschaft so leicht und rasch um sich greift. An diesen seltener befallenen Teilen nimmt die Trichophytie aus lokalen Gründen ganz besondere objektive Merkmale an oder erinnert nur von ferne an das charakteristische Aussehen der häufigeren Lokalisationen. Deshalb kann

[8] Die von mir in den technischen Artikeln empfohlenen Mischungen zur Färbung und Entfärbung stellt auf meine Veranlassung Herr Dr. Grübler in Leipzig, Bayerischestr. 63, in vorzüglicher Güte dar, wie ich in Beantwortung mehrerer an mich gerichteter Anfragen mitteile.

die Trichophytie des Gesichtes, zum Teil wegen der Seltenheit des speziellen Falles, zum Teil wegen des verschiedenen Aussehens der Läsionen, und nur weil sie sich an einer ungewohnten Stelle lokalisiert diagnostische Schwierigkeiten bieten und mit ganz verschiedenen anderen Affektionen verwechselt werden.

Ziemlich selten ist die Trichophytie der Ohrmuschel; sehr selten diejenige des äufseren Gehörganges, und der von MAIOCCHI veröffentlichte Fall von Trichophytia sykosiformis dieses letzteren Körperteiles ist wahrscheinlich als in der dermatologischen Litteratur einzig dastehend zu betrachten.[1] Sehr selten sind ferner die Fälle von Trichophytie der Schnurrbart- und Augenbrauenregion, äufserst selten endlich diejenigen, wo die Lider befallen sind und die Affektion auf die Cilien übergreift.

Nun müssen aber diese seltenen Lokalisationen der Trichophytie des Gesichtes selbst von denjenigen stets als möglich angesehen werden, welche niemals Gelegenheit hatten, einen Fall zu beobachten, und zwar ist es notwendig, sie ganz genau zu kennen, um nicht allenfalls in einen diagnostischen Irrtum zu verfallen. Dies um so mehr, als ein solcher Irrtum in diesen Fällen für den Patienten sehr folgenschwer ausfallen würde. Sieht man nämlich von der Lokalisation am Schnurrbart ab, so wird man leicht einsehen, dafs eine sykosiforme Trichophytie des Gehörganges, wie im Falle von MAIOCCHI, oder der Augenbrauen oder noch vielmehr des freien Randes der Lider, mehr oder weniger schwere Funktionsstörungen veranlassen und sogar mit der Zeit die Integrität des befallenen Organs schädigen kann.

Demnach mufs nach meiner Ansicht eine Zusammenstellung aller der Besonderheiten, die sich auf diese seltenen Lokalisationen der Trichophytie beziehen, ein weit gröfseres, unmittelbares, praktisches Interesse bieten, als es beim ersten Anblick den Anschein hat. In dieser Überzeugung und gestützt auf die obigen Ausführungen, glaube ich mich dem Leser nützlich zu erweisen mit der Veröffentlichung zweier Fälle von Trichophytie des freien Lidrandes, die ich dieses Jahr in meiner Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte.

In diesen beiden Fällen zeigte die „Trichophytia blepharo-ciliaris" den Charakter einer gewöhnlichen Blepharitis. Es erschien mir deshalb für dieselben die Bezeichnung „Blepharitis trichophytica" völlig gerechtfertigt, zumal mit Rücksicht auf die spezielle Ätiologie der Lidaffektion. Obgleich ich mich nun nicht für berechtigt halte, als Regel anzunehmen, dafs die Lokalisation der Trichophytie an den Cilien stets zu einer Blepharitis führen müsse, wie es bei meinen beiden Patienten war, so behaupte ich andererseits doch, dafs es eine wirkliche „Blepharitis tricho-

[1] MAIOCCHI, *Bolletino delle scienze med. di Bologna.* Serie VII. Vol. IV. 1893.

phytica" giebt, und möchte ich auf dieselbe die Aufmerksamkeit der Ophthalmologen lenken, von welchen, wie es scheint, diese besondere klinische Form niemals in Betracht gezogen wurde.

I. Fall. Am 10. Februar 1894 stellte sich in meiner Klinik vor ein gewisser Gaudenz S., Pächter, von Corcagnano (bei Parma), mit seinen beiden Knaben und einem Diener, dem 16jährigen Hamilkar F.

Alle vier waren von Trichophytie afficiert, aber in verschiedener Weise hinsichtlich des Sitzes und der Schwere der Läsionen; alle führten das Übel auf dieselbe Quelle zurück, nämlich auf Trichophytieerkrankungen, welche seit einiger Zeit in den Kuhstallungen der Familie S. konstatiert worden waren.

Am leichtesten befallen war der Diener, bei welchem man auf der linken Wange eine rote, ovale, an den Rändern etwas erhabene und mit trockenen adhärenten Schuppen bedeckte Scheibe notierte.

Der jüngere der Knaben, B., 4 Jahre alt, trug auf Hals, Brust und Bauch einige zerstreute Efflorescenzen von makulöser Trichophytie in Form von kreisrunden Scheiben, von verschiedener Gröfse und gleichmäfsig rosaroter, in der Peripherie etwas blasserer Farbe; dieselben erhoben sich nirgends über die Hautoberfläche und waren etwas rauh anzufühlen, indem sie mit ganz kleinen weifsen adhärenten Schuppen bedeckt waren.

Der Vater, ein 38jähriger kräftiger Mann, mit borstigem, dichtem, am Kinn rasiertem, rötlichbraunem Barte trug auf der linken Seite des Halses an der äufsersten Bartgrenze eine gut umschriebene, aus vereiterten Gruppen von Follikulitiden bestehende trichophytische Stelle in Gestalt einer beinahe kreisrunden lebhaft roten Plaque von der Gröfse eines Fünflirestückes cirka; dieselbe war stark über dem umgebenden Hautniveau erhaben und stellenweise von papulösen und papulo-pustulösen Höckerchen besetzt, aus denen sich durch Druck (welcher sehr schmerzhaft war) mit Blut gemischter Eiter herauspressen liefs. Die Haare zeigten nicht die bedeutende Brüchigkeit der trichophytischen Haare; in wenige blofs war der Pilz eingedrungen, und dann beschränkte sich derselbe auf die Wurzel, und zwar sowohl Rinde als Schaft mit einer üppigen Mycelvegetation durchsetzend, den aus dem Follikel herausragenden Abschnitt aber freilassend.

Beim älteren, 6jährigen Sohne L. sah man viel ausgedehntere trichophytische Läsionen des Haarbodens und des Gesichtes mit Übergreifen auf den freien Lidrand.

Alle wurden in die Klinik aufgenommen und nach entsprechender Behandlung bereits nach einigen Tagen auf dem Besserungswege entlassen. Nur den letzterwähnten Knaben mit der Trichophytie der Lider behielten wir noch etwa $1^1/_2$ Monate zurück. Im nachfolgenden geben wir seine Krankengeschichte.

12. Februar 1894. L. S., 6 Jahre alt, von Corcagnano (Parma), Sohn eines gut situierten Landmannes.

Stammt ab von gesunden und kräftigen Eltern, ist gesund, wenn auch etwas bleich, und besitzt etwas dünne und zarte Haut. Bis dahin hat er niemals ärztlicher Behandlung bedurft, hatte nie Haut- oder Augenaffektionen.

Die gegenwärtige Dermatose datiert, wie es scheint, seit cirka zwei Monaten; man weifs aber nicht genau, ob sie am Capillitium oder im Gesichte angefangen hat. Soviel ist sicher, dafs die Eltern zuerst auf die Affektion im Gesichte aufmerksam wurden, und zwar zu einer Zeit, als eine ähnliche Krankheit unter den Haustieren beobachtet wurde.

Status praesens: Auf dem Gesichte bestehen rosarote, kreisrunde oder ovale Scheiben von der Gröfse eines Lira- bis Fünflirestückes oder noch viel gröfsere, von ganz unregelmäfsiger Form, die offenbar aus der Konfluenz verschiedener kleinerer Efflorescenzen hervorgegangen sind. Von diesen letzteren nimmt die gröfste und auffallendste beinahe die ganze Stirn ein, dehnt sich über den gröfsten Teil des Nasenrückens und über beide Lider bis zur Kinngegend aus. Andere isolierte und konfluierende Plaques befinden sich am Halse, und zwar vorn und hinten, eine fernere in der linken Glutealgegend.

Diese Plaques sind von rosaroter Farbe, welche jedoch im Zentrum schwächer, in der Peripherie stärker ausgesprochen ist, von etwas rauher Oberfläche und bedeckt mit kleinen weifsen, adhärierenden Schuppen und stellenweise mit kleinsten papulo-vesikulösen Efflorescenzen. Dieses „ekzematoide" Aussehen ist charakteristisch für Trichophytie wegen der Form der Efflorescenzen, welche an der Peripherie durch einen etwas erhabenen und durch seine lebhaftere Trübung hervortretenden Rand ausgezeichnet sind.

Auf dem Haarboden sind ähnliche Formen vertreten. Die gröfste befindet sich in der linken Schläfengegend an den Grenzen des Haarbodens und verbreitet sich über die haarlose Schläfenhaut bis fast an die grofse Plaque auf der Stirn. Eine andere ähnliche Scheibe befindet sich auf der Mittellinie des Hinterhauptes, andere kleinere am Nacken, an der Haargrenze, andere endlich über dem rechten Scheitelbein.

Die Plaques auf dem Haarboden sind lebhafter rot, als diejenigen im Gesichte, und sind gröfstenteils mit feuchten Krusten bedeckt, welche die sehr feinen, blonden und wenig dichten Haare untereinander verkleben. Diese Krusten lassen sich sehr leicht aufheben, und unter ihnen liegt die etwas infiltrierte, rote, feuchte Haut.

Was bei dem Knaben auf den ersten Blick am meisten auffällt, ist das eigentümliche Aussehen der grofsen Plaque auf der Stirn. Dieselbe steigt, wie gesagt, bis zur Mitte des Gesichtes herab, beide Lider um-

fassend, wird von einem roten ununterbrochenen schuppigen Rande umgrenzt, welcher über den Nasenrücken, die Wangen und Schläfen zieht und macht den Eindruck einer Art von halber Gesichtsmaske.

Eine aufmerksame Untersuchung der Augenbrauen läfst nicht das geringste Abnorme entdecken. Die Lider hingegen sind beiderseits mehr oder weniger schwer befallen. An ihnen lassen sich folgende Besonderheiten beobachten: die oberen Lider zeigen in leichtem Grade jenes rauhe Aussehen, welches diese Stellen in Fällen von in Resolution begriffenem Ekzem anzunehmen pflegen. Man sieht auf denselben sehr deutlich eine feine kleienförmige Desquamation, gegen den freien Rand zu noch etwas Rötung und Schwellung, und am Rande selbst sind die Cilien zu Gruppen vereinigt und durch Krusten zusammengeklebt. So erhält man im ganzen das Bild einer mit Lidekzem komplicierten Blepharitis.

Nachdem die Lidränder mittelst warmer Kompressen gehörig gereinigt und von Schuppen und Krusten gesäubert worden waren, traten noch andere und wichtigere Einzelheiten zu Tage. Die äufsere Seite der Lider, besonders der oberen, war gerötet und in ihrem unteren Teile leicht geschwollen; der hintere Rand hingegen und die konjunktivale Fläche der Lider waren normal. Rötung und Schwellung der Lidhaut nahmen stufenweise nach oben hin ab, um bei ca. $^1/_2$ cm vom freien Rande zu verschwinden; besonders ausgesprochen waren sie im mittleren Drittel, um gegen beide Augenwinkel zu nachzulassen; dieselben Erscheinungen findet man, wenn auch in beschränkterem Mafse, am unteren Lide. Die Cilien sind dünner, als unter normalen Verhältnissen, und scheinen im übrigen gesund zu sein, doch findet man einzelne abstehende, andere sind sehr kurz, andere spitzig auslaufend, andere endlich sind ca. $^1/_2$ mm von der Follikelmündung abgebrochen. Diese Cilienstümpfe erscheinen als leicht erkennbare schwarze Punkte, welche zum Teil isoliert zwischen normalen Cilien stehen, zum Teil zu Gruppen vereinigt sind, indem sie wie kleine Plaques von Pseudoalopecie am freien Lidrande aussehen. Bemerkt mufs noch werden, dafs die Schwellung der äufseren Lidfläche nicht eine gleichförmige ist, indem diese am freien Rande und an den Stellen der Cilienstumpfgruppen merklich röter und geschwollener ist. Die Untersuchung einiger Cilienstümpfe, welche leichtem Zuge folgten, liefs das Trichophyton in Form sehr dichter Sporen erkennen, welche durchwegs innerhalb der Rinde und nirgends aufserhalb derselben lagen.

Der Knabe verhält sich ganz ruhig und verrät blofs etwas Jucken an den afficierten Stellen. Er verblieb in der Klinik bis zum 24. März und wurde in etwas unregelmäfsiger Weise behandelt, weil die Verfolgung der Lidaffektion in ihrer natürlichen Entwickelung viel Interesse bot.

Von unseren Beobachtungen möchte ich in erster Linie die bedeutende Reizbarkeit der von trichophytischen Efflorescenzen befallenen

Haut, besonders des Haarbodens, erwähnen, indem sich dort an einigen Stellen nach Applikation einer Schwefel-Salicylsalbe (3—2—100) bald ein Kerion ausgebildet hätte; ferner die rasche Besserung des Capillitiums bei abwechselnder Anwendung der Schwefel-Salicylsalbe und Jodtinktur, sowie täglicher Waschungen mit Sublimatlösungen. Anführen will ich noch, dafs das einzige Mittel, das sich gegen die Lidaffektion heilsam erwies, in der Extraktion der kranken Cilien bestand, welche öfters wiederholt wurde; nach derselben sah man sofort die Rötung und Schwellung abnehmen.

Beim Verlassen der Klinik, am 24. März, war er von seiner Trichophytie vollständig geheilt; als einzige Spur der durchgemachten Affektion blieb eine leichte Rötung des Lidrandes zurück, welche bei den nachfolgenden Besuchen, von denen der letzte im Mai stattfand, auch verschwunden war.

II. Fall. (24. März 1894.) Anton V., 26 Jahre alt, Infanterieoffizier, von Parma; gesund und kräftig, hat früher niemals an anderen Augenaffektionen gelitten. Die Anamnese giebt keine sichere Anhaltspunkte über die Entstehungsweise der gegenwärtigen Hautaffektion. Dieselbe begann im Anfange des laufenden Jahres und setzte ein mit einem ungewohnten Jucken auf der linken Wange. Damals wurde hier eine rote, kreisrunde, marginierte Scheibe beobachtet von der Gröfse eines Lirastückes, welche sich rasch zentrifugal verbreitete, bis sie nach und nach die ganze Wange samt dem Halse einnahm. Der Patient wurde zuerst mit Schwefelsalbe behandelt, hierauf mit Naphtol-, dann mit weisser Präcipitat- und zuletzt mit Chrysarobinsalbe. Niemals aber wurde die Epilation verordnet, und die angewandten Salben verhinderten die Ausbreitung der Affektion in keiner Weise.

Als er vor ungefähr zwei Wochen am linken Auge leichtes Jucken verspürte und sich gekratzt hatte, bemerkte er, dafs das linke obere Lid rot zu werden und zu schwellen begann, worauf sich in der Nähe des Randes Schuppen und Krusten bildeten.

Status praesens: Was beim Patienten am meisten auffällt, ist der Zustand des linken Auges, dessen oberes Lid nahe am freien Rande gerötet, mit dünnen, weifslichen Schuppen bedeckt und geschwollen ist, wie bei einem Hordeolum. Bei näherer Betrachtung dieses Lides findet man eine leichte ödematöse Infiltration der Randpartie und im mittleren Drittel eine stärkere, weniger scharf umschriebene Schwellung, welche nach aufsen hin zieht und von pastöser Konsistenz ist. Auch der vordere Saum des freien Lidrandes ist geschwollen und daher abgerundet. Am vorderen Teile des Lidrandes sind die Cilien im inneren und äufseren Drittel beinahe normal, im mittleren dagegen in verschiedener Weise alteriert; einige nämlich sind dünn, gerade und kurz, andere gewunden

und seitlich abweichend, noch andere endlich durch Borken untereinander verklebt. Mit Hülfe der Lupe erkennt man einige ganz schwarze, zum Teil freie und zum Teil mit Borken bedeckte, am Austrittspunkte aus dem Follikel abgebrochene Cilien. An der Basis einiger kleinerer Cilien oder an der Stelle der Follikelmündung, wo das Haar abgefallen ist, sieht man ganz kleine Ansammlungen von Eiter, wie man sie bei manchen Blepharitiden findet. In der Tiefe des Lides lassen sich keine mit dem Tarsus in Verbindung stehenden Veränderungen konstatieren. Der hintere Teil des Lidrandes, die Conjunctiva und das untere Lid sind ganz gesund. Bei der mikroskopischen Untersuchung der kranken Cilien erwiesen sich dieselben als mit Trichophytonsporen besetzt, doch hatte sich auch hier der Pilz ausschliefslich im Innern der Rinde eingenistet.

Auf dem unteren Teile der linken Wange findet man eine breite, wenig scharf umschriebene Fläche infiltrierter Haut mit zerstreuten Sykosisknötchen. Dieselbe zieht von der oberen Grenze der Massetergegend nach dem Kinn und nach unten über einen grofsen Teil der Regio suprahyoidea. Um diese Hautplaque herum stehen zerstreute Sykosisknötchen mit spärlicher Eiterung. Zahlreiche Haarstümpfe sind regellos in der Hauptplaque und aufserhalb derselben verteilt. Am Halse, gegen rechts, befindet sich eine kleine kreisrunde Plaque von Trichophytia circinata. Unter dem Mikroskop betrachtet, sind die kranken Barthaare mit Trichophyton besetzt, welches aus Sporenketten und spärlichen Mycelfäden besteht und die ganze Rinde bis zum Zentrum durchsetzt, ohne jedoch die Wurzelscheide frei zu lassen.

Von subjektiven Beschwerden ist nur Jucken zu verzeichnen; dasselbe ist besonders lästig am kranken Lide.

Als wirksamstes Mittel verschrieb ich Epilation nebst Waschungen mit Sublimatlösungen in der Konzentration von 1 : 5000 für das Auge und 1 : 2000 für das übrige Gesicht. Die unmittelbare Wirkung dieser Behandlung bestand in der Abnahme des Juckens, besonders am Auge. Als sich der Patient 14 Tage nach der ersten Visite wieder stellte, konstatierte ich eine bedeutende Besserung der Affektion auf der Wange, wo eine fast vollständige Epilation vorgenommen worden war. Der Zustand des oberen Lides des linken Auges war folgender:

19. April 1894. Während einerseits die Rötung und Schwellung des Lidrandes bedeutend abgenommen hat, hat sich andererseits nach aufsen hin eine frische Erhabenheit gebildet, die wie ein Hordeolum aussieht und die vordere Kante des freien Randes einnimmt, der gleichförmig gerötet ist; diese kegelförmige Anschwellung trägt auf der Spitze eine kleine Eiteransammlung. Man erkennt noch immer zahlreiche Haarstümpfe, besonders im Bereiche der eben erwähnten Anschwellung.

Ich nahm die Epilation selbst vor und konnte, obschon sich dieselbe

auf krank scheinende Cilien beschränkte, zwei Tage nachher eine bedeutende Besserung konstatieren. Später sah ich den Patienten nicht mehr, doch teilte er mir von sich aus im Juni brieflich mit, dafs das Lid schon längst seinen normalen Zustand erlangt habe, und dafs die Affektion des Bartes nach der von mir verordneten Behandlung nun definitiv abgeheilt sei.

Die beiden von mir beschriebenen Fälle von Trichophytie der Cilien sind nun nicht die einzigen, welche während der 14 Jahre des Bestehens einer dermosyphilopathischen Klinik in Parma beobachtet wurden. Indem ich nämlich aufmerksam in der mir von meinem Vorgänger, Prof. Maiocchi, überlieferten reichlichen Sammlung von Krankengeschichten nachforschte, fand ich drei Fälle von Trichophytie des Gesichtes mit Übergang auf die Lider; dabei vermerkt war, dafs einzelne Cilien vom Trichophyton besetzt waren. In allen drei Fällen handelt es sich um Individuen, die sich, wie es scheint, nur ein- oder zweimal in der Poliklinik vorgestellt hatten. Die Krankengeschichten enthalten deshalb aufser der Anführung der hauptsächlichsten trichophytischen Läsionen kaum eine Bemerkung über einzelne vom Pilze befallenen Cilien, noch weniger eine detaillierte Beschreibung des Aussehens des Lidsaumes.

An einer Stelle heifst es blofs, dafs am linken Auge einzelne Cilien in verschiedener Höhe abgebrochen seien, andere bei leichtem Zuge abbrechen, und dafs in den Bezirken dieser kranken Haare auf der Lidhaut, nahe am freien Rande, einzelne rote und harte, hordeolumartige Knötchen zu sehen waren. Dieser Fall betraf einen 33jährigen Landmann aus der Nähe von Parma, welcher das Übel an sich hatte auftreten sehen, nachdem in seinem Stalle bereits 7 Rinder an Trichophytie erkrankt waren, die er mit vom Tierarzt verordneten Medikamenten selbst behandelte.

Die Dermatose bestand in münzenförmigen Scheiben erythematosquamöser Trichophytie an den oberen Extremitäten und am Halse, sowie einer wirklichen Sykosis der linken Augenbrauengegend. Hier befand sich eine ovale Scheibe, welche ungefähr zwei Drittel der Augenbrauen einnahm und aus einer heftigen Infiltration des Dermas in Form distinkter Knötchen bestand; bei Druck auf dieselben liefs sich aus einzelnen bereits haarlosen Follikeln Eiter herauspressen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab: Anwesenheit des Trichophytons in den Augenbrauen in Form von Mycelien und Sporen; in einigen Cilien des betreffenden Auges fanden sich blofs Sporen vor.

Ich weifs nun nicht, inwieweit die Trichophytie der Cilien an anderen italienischen Kliniken beobachtet worden ist, glaube aber, aus Unterredungen mit Kollegen schliefsen zu können, dafs sie aufserordentlich selten ist. So hätte z. B. Prof. C. Pellizzari während seiner langen Thätigkeit an den Kliniken von Siena, Pisa und Florenz einen einzigen

Fall beobachtet; derselbe wurde in einem Berichte von Dr. Del Chiappa erwähnt.[2]

Wie aus den Protokollen der Klinik von Pisa, die mir Prof. Pellizzari gütigst zur Verfügung stellte, hervorgeht, handelte es sich in diesem Falle um ein 10jähriges Mädchen, welches eine einzige Plaque von circinärer Trichophytia erythemato-squamosa aufwies, die in der rechten Lidgegend lokalisiert war, diese vollständig besetzte und auch auf die Nachbarschaft übergegriffen hatte. Die äufsere Hälfte des rechten oberen Lides war in ihrer Randpartie ein wenig gerötet und leicht infiltriert; am Lidsaume bemerkte man in Mitte von feinen Schuppen und normalen Cilien hie und da Haarstümpfe, die kaum hervorragten und denen ähnlich waren, die man bei der sog. disseminierten Trichophytie des Capillitiums beobachtet. In den Schuppen fand man Mycelien des Trichophytons und in den Haarstümpfen kleine rundliche Sporen, welche die Haarrinde eingenommen und zerklüftet hatten.

Mit einer aus gelbem Präcipitat bestehenden Salbe wurde kein bemerkbarer Erfolg gegen die Affektion des Lidrandes erzielt; nachdem aber später öfters epiliert worden war, trat rasche und vollständige Heilung ein.

Die angeführten Krankengeschichten sind hinreichend lehrreich und dispensieren uns von weiteren Erklärungen darüber, dafs es sich sowohl in meinen beiden, als in den Fällen von Maiocchi und Pellizzari wirklich um eine Trichophytie des freien Lidrandes gehandelt habe, die durch das Eindringen des Pilzes in die Cilien und durch das Abbrechen der befallenen Haare nahe an ihrem Austritte aus dem Follikel charakterisiert war.

Ich bin nun nicht in der Lage, darüber zu urteilen, ob diese Trichophytie des Lidrandes stets unter denselben Erscheinungen auftritt, wie in den von mir erwähnten Fällen, weil ich bis jetzt nichts über ähnliche Fälle gelesen habe, die mit Sicherheit von anderen beobachtet worden wären.[3] Doch erhellt aus diesen einzigen vier Fällen, dafs die Trichophytie des freien Lidrandes sowohl bei Kindern, als bei Erwachsenen angetroffen wird, dafs sie bald nur eines, bald beide Augen befällt und in einem Auge bald nur das eine, bald beide Lider, obwohl meist das obere schwerer, afficiert ist.

Dieselben Fälle zeigen ferner, dafs sich eine Trichophytie des Lidrandes durch Übergreifen einer bereits bestehenden Trichophytie des

[2] Del Chiappa, Bericht über die an der dermosyphilopathischen Klinik in Pisa beobachteten Fälle. *Rif. med.* 271. 272. Nov. 1891.

[3] Ich kenne den Fall von Gailleton, welcher einen 37jährigen Landwirt betraf; aber ich habe nur ein kurzes Referat darüber unter den Händen gehabt, in welchem von einer objektiven Beschreibung nichts zu finden war. (Siehe Trichophytie des cils, von Gailleton, im *Journ. des mal. cut. et syph.* 1890. Bd. II. pag. 51.

Gesichtes auf die äufsere Fläche des Lides und die Augenbrauengegend ausbilden kann (was offenbar in drei der von mir angeführten Fälle geschehen ist), dafs sie aber auch ganz isoliert und ausschliefslich an den Lidern und Augenbrauen vorkommen kann, wie dies beim zweiten meiner Patienten, Anton V., der Fall war.

Man sieht, dafs der Pilz, wenn er beim Übergreifen der Trichophytie auf den Lidrand in die Cilien eindringt, zu mehr oder weniger schweren Erscheinungen führen kann, die sich dann mehr oder weniger über die äufsere Lidfläche ausdehnen, so dafs die Bezeichnung Blepharitis ciliaris vollständig gerechtfertigt ist, um eine Idee vom Gesamtbilde der Affektion zu geben.[4]

Die trichophytische Natur der Läsionen wird auf den ersten Blick leicht übersehen, weil die Schuppen und Borken das charakteristische Aussehen der nahe am Austrittspunkt aus dem Follikel abgebrochenen Cilien verdecken. Abgesehen von diesem pathognomischem Merkmal, wüfste ich kein anderes anzuführen zur Differenzierung von den gewöhnlichen Formen von Blepharitis, aufser etwa die grofse Hartnäckigkeit, mit denen sie den gewöhnlichen Mitteln trotzt. Ihre Dauer wäre nämlich wahrscheinlich unbegrenzt, wenn man nicht zur Epilation aller kranken Haare greift, was dann aber zu rascher und sicherer Heilung führt.

Es bliebe nun noch übrig, nachzusehen, ob uns die angeführten Fälle irgendwelche Anhaltspunkte zu geben vermögen zur Erklärung des ungewohnten Sitzes der Trichophytie bei denselben. Wenn sich nämlich das Trichophyton nur ganz selten an gewissen Körperstellen, wie der Ohrmuschel, den Augenbrauen, den Lidern, den Handtellern und Fufssohlen, entwickelt, so liegt dies, wie vernunftgemäfs angenommen werden kann, an den besonderen anatomischen Verhältnissen dieser Teile, welche den Angriff des Pilzes erschweren. In den seltenen Fällen deshalb, wo

---

[4] Ein anderer Parasit, welcher in dem Follikel der Cilien und der Ausführungsgänge der Meibomschen Drüsen lebt und eine Blepharitis erzeugen kann, welche der durch das Trichophyton verursachten sehr ähnlich ist, ist der Demodex folliculorum. Neulich fand ich bei einer Frau, welche seit einigen Monaten zwei an Trichophytie des Capillitiums leidende Knaben nach der Poliklinik führte, eine Rötung und Schwellung am Randteile des oberen Lides des rechten Auges; es bestand aufserdem eine leichte Desquamation und Ansammlung kleiner trockener Borken am Grunde der Cilien, und die Patientin klagte über ein Gefühl von Hitze und Jucken an dieser Stelle, weshalb sie sich nicht enthalten konnte, sich zu kratzen und zu reiben. Man hätte natürlich leicht den Beginn einer Blepharitis trichophytica vermuten können. Es war mir jedoch nicht möglich, einen Haarstumpf zu entdecken, noch in den Schuppen mikroskopisch Spuren von Trichophyton nachzuweisen; ich war hingegen erstaunt, die Jugendform eines Demodex folliculorum zu finden, der offenbar nur aus einem Haarfollikel oder einer Meibomschen Drüse stammen konnte. Ich habe den Fall wegen seiner Seltenheit notiert, obgleich ähnliche seit langem bekannt sind, indem Maiocchi bereits 1879 davon berichtet. („Der Acarus folliculorum [Demodex folliculorum] in den Meibomschen Drüsen des Menschen." *Atti della R. Accad. med. di Roma.* V. Jahrg. Heft 1. 1879. *Rendiconto del XII Congresso dell'Associazione oftalmol. italiana.* Pisa 1890.)

diese befallen sind, kann geschlossen werden, dafs dies infolge einer verminderten Resistenzfähigkeit der betreffenden Stelle oder aus irgend einem anderen unbestimmten Grunde geschehen ist; doch darf nicht ausgeschlossen werden, dafs gewisse Bedingungen der Form, der Entwickelung oder der Herkunft des Pilzes dabei mitgewirkt haben, wodurch dieser befähigt wurde, jene Resistenz zu überwinden.

Bereits vor mehreren Jahren wurde nämlich nachgewiesen, dafs gewisse klinische Formen der Trichophytie an besondere Bedingungen der Form und des Wachstums des Pilzes gebunden sind.[5] Auch scheinen die neuesten Untersuchungen darzuthun, dafs nicht nur das Trichophyton verschiedene Veränderungen durchgehen kann (Pleomorphismus),[6] sondern dafs auch verschiedene botanische Varietäten zu unterscheiden sind, die zur Gruppe „Trichophyton" gehören.[7]

Es bleibt aber noch viel Unbekanntes zu entdecken übrig. Erstens stöfst da die Ansicht von der Pluralität des Trichophytons noch vielerorts auf lebhaften Widerspruch, und wir sehen andererseits, dafs eine bedeutende Autorität, wie Prof. Rosenbach, obschon von der Sache überzeugt, doch erklären mufs, dafs man noch nicht sicher weifs, ob einer bestimmten klinischen Trichophytieform auch eine bestimmte Pilzvarietät entspreche, noch ob bestimmte Trichophytonspezies bestimmten Haustierspezies angehören.[8]

Von grofsem Interesse wäre demnach eine vollständige mykologische Untersuchung meiner beiden Fälle von Lidtrichophytie gewesen. Obgleich ich öfters diesen Versuch gemacht habe, gelang es mir leider nicht, mein Vorhaben zu endgültigem Resultate zu bringen, weil sich die Kranken gewissen einleitenden Manipulationen widersetzten, welche zur Gewinnung reiner Pilzkulturen an den afficierten Cilien unbedingt nötig gewesen wären.

Jedenfalls wissen wir, dafs zur Erklärung der Provenienz des Pilzes der Umstand nicht ohne Bedeutung ist, dafs es sich in drei der von mir angegebenen Fälle um jene besondere Art von Trichophytie gehandelt hat, welche grofse Neigung zur Erzeugung tiefgreifender Dermitiden zeigen, und für welche wir gewohnt sind, einen tierischen Ursprung anzunehmen. Beim Knaben L. S. genügte eine einfache Applikation einer Schwefel-Salicylsalbe auf die Plaques am Kopfe, um die Entwickelung eines Kerions zu erzeugen; von diesem Knaben haben wir nun auch den Vater gesehen,

---

[5] Maiocchi, Über einige morphologische Veränderungen des Trichophytons. *Giorn. ital. d. mal. ven. e. d. pelle.* 1884. S. 209.

[6] Kràl, Über den Pleomorphismus pathogener Hyphomyceten. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. Bd. XXVII. Heft 3.

[7] Furthmann und Neebe, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XIII. S. 477. Sabouraud: *Les trichophyties humaines.* Paris 1894.

[8] Rosenbach, *Über die tieferen eiternden Schimmelerkrankungen der Haut und deren Ursache.* Wiesbaden 1894.

welcher sich an derselben Quelle (Trichophytie des Rindes) inficiert hatte und als einzige Trichophytieerscheinung eine Plaque gruppierter Follikulitiden im Barte aufwies. Im Falle von Prof. MAIOCCHI, sowie in einem der meinigen war die Neigung zu tiefer Dermitis sehr ausgesprochen, indem es sich um zwei Fälle von Sykosis, der Augenbrauen und des Bartes, handelte.

Nur im Falle von PELLIZZARI handelte es sich um einfache circinierte erythemato-squamöse Trichophytie. Das Fehlen einer tiefen Dermitis bei demselben könnte davon abhängen, dafs die Trichophytie ausschliefslich an der haarlosen Haut lokalisiert war, wo gruppierte Folliculitis ziemlich selten ist; doch wissen wir nicht, ob es zur Ausbildung eines Kerions gekommen wäre, wenn sich der Prozefs über das Capillitium verbreitet hätte. Wie übrigens bei der einfachen circinären erythematosquamösen Form, so spricht die relativ grofse Ausdehnung der trichophytischen Plaque, wie sie in jenem Falle beobachtet wurde, eher für eine tierische, als für eine menschliche Abstammung der Infektion, in dem bekanntlich diese vom Menschen abstammende Trichophytie (von denen die BESNIERsche Trichophytie accessoire des teigneux am meisten typisch ist) der haarlosen Hautpartien, zumal bei Kindern, zu kleineren, nicht so genau circinären Scheiben führt, wie solche bei der einzigen Plaque beim Mädchen PELLIZZARIS beobachtet wurde.

Wie bemerkt, besitzen wir sowohl bei dem ersten meiner, sowie dem Falle MAIOCCHIS anamnestische Angaben, welche nicht nur die tierische Abstammung, sondern speziell die Abstammung der Trichophytie vom Rinde klarstellen, welchen Umstand ich besonders betonen zu müssen glaube, weil die Trichophytie des Rindes in der Umgebung Parmas sehr häufig ist; ferner, weil es sich jedesmal, wenn sich hier in Parma, wo sie nicht selten sind, ein Fall von Sykosis parasitaria vorstellte, um Landleute handelte, die sich vom Rindvieh inficiert hatten; endlich, weil Prof. MAIOCCHI während der zwölf Jahre seiner Thätigkeit als Direktor der Klinik in Parma dieselben Verhältnisse konstatiert hat.

Demnach würden die Beobachtungen in Parma die Ansicht von SABOURAUD nicht vollständig unterstützen, indem dieser Autor bekanntlich sowohl das Kerion, als die Sykosis trichophytica ausschliefslich von einem besonderen Trichophyton mit weifsen Kulturen ableitet, das er als spezifisch für das Pferd betrachtet; andererseits aber würden sie für den tierischen Ursprung dieser Trichophytien mit tiefer Dermitis sprechen, welche zu den suppurativen Follikulitiden in Gruppen führen.[9]

[9] Bekanntlich wird unter besonderen Bedingungen das Kerion hie und da auch bei der Trichophytie menschlicher Abstammung beobachtet, nachdem diese schon längere Zeit bestanden hat. Niemals aber findet man in diesen Fällen jene akute, floride, äufserst rapide Entwickelung der Läsion, welche für das typische Kerion geradezu charakteristisch ist, das bei der Trichophytie tierischen Ursprungs beobachtet wird.

Angenommen nun, die angeführten Gründe würden die tierische Abstammung des Trichophytons in allen vier von mir erwähnten Fällen von Lidtrichophytie klarlegen, so müssen wir noch nach einem anderen Beweise suchen, der uns für die fehlenden Kulturanlagen Ersatz zu leisten vermöchte.

Der eifrigste Verfechter der Ansicht von der Pluralität der Trichophytie, SABOURAUD, lehrt, daſs man auf dem Wege der mikroskopischen Untersuchung allein zu einer Differentialdiagnose der verschiedenen Trichophytonspezies oder -Typen gelangen könne, deren Existenz er annimmt. Diese Untersuchung wird auch gewöhnlich vorgenommen, und natürlich wurde sie auch nicht vernachlässigt in den Fällen, von denen in der vorliegenden Arbeit die Rede ist, und zwar bin ich noch stets im Besitze der Präparate, welche auf meine zwei eigenen Fälle Bezug haben. In all den vier erwähnten Fällen war der Haarschaft vom Trichophyton durchsetzt, und zwar ausschlieſslich von Sporen. Was meine zwei eigenen Fälle betrifft, so bin ich ferner in der Lage, zu erklären, daſs die kranken Cilien vollgestopft sind mit runden, unter sich ganz gleichen Sporen, welche über das abgebrochene Ende des Haares hinausragen, so daſs sie wirklich einem mit Nüssen gefüllten Sacke gleichen, womit SABOURAUD das von seinem „Trichophyton endothrix mit schwachen Mycelien“ besetzte Haar vergleicht.

Da nun nach SABOURAUD das Trichophyton endothrix vom Menschen abstammt, so können wir uns sein Vorkommen, zumal in den Cilien, bei Individuen, bei denen verschiedene Umstände einen tierischen Ursprung der Trichophytie erkennen lassen, nicht erklären. Man wird noch verlegener, wenn man bedenkt, daſs ich bei meinem zweiten Patienten, Anton V., und beim Vater des Knaben L. S., die beide an sykosiformer Trichophytie des Bartes litten, einige Haare gerade aus dem Barte extrahierte, welche Pilze enthielten, die alle Kennzeichen des Trichophyton endothrix von SABOURAUD darboten, d. h. jenem Pilze, dem SABOURAUD ausschlieſslich einen tierischen Ursprung zuspricht. Die Haare wurden nämlich samt ihrer Wurzelscheide mit Leichtigkeit ausgezogen, und der Pilz hatte, unter üppiger Mycelvegetation, die Corticalis und Wurzelscheide durchsetzt, ohne dabei diese allzusehr zu zerklüften; über die Follikelmündung hinaus reichte derselbe jedoch nicht.

Wahrscheinlich, wenn nicht sicher, ist, daſs der Knabe L. S. und dessen Vater sich an derselben Quelle inficierten, wenn nicht einer den andern angesteckt hat; auch kann nicht bezweifelt werden, daſs die Trichophytie der Cilien beim Patienten Anton V. von der Affektion am Kinne herstammte.

Die Konstatierung des gleichzeitigen Vorkommens des Trichophyton ectothrix und des endothrix bei demselben Individuum oder bei zwei

während einer Art von Epidemie gleichzeitig erkrankten Mitgliedern iener Familie bleibt deshalb eine seltsame Thatsache zur Erklärung, wie das Trichophyton an einer sykotischen Stelle als ectothrix auftritt und bei dessen Übertragung auf eine ungewohntere Region, wie die Ciliengegend, zum endothrix wird. Man müfste nämlich für das Trichophyton eine Art von Anpassungsfähigkeit an die verschiedenen Mittel, in denen es lebt, annehmen, welche viel beträchtlicher wäre, als SABOURAUD sie annimmt. Damit würde die Hypothese von der Pluralität der Trichophytie schwer zu erklären sein, oder es würde der Wert der morphologischen Kennzeichen, die von der mikroskopischen Untersuchung der Haare, bei der Differentialdiagnose der verschiedenen Trichophytonarten abgeleitet werden, verloren gehen.

Es ist jedenfalls sicher, dafs ich mich in keiner Weise auf die mikroskopische Untersuchung stützen kann und dafs ich mich damit begnügen mufs, den tierischen Ursprung der Trichophytie in meinen beiden Fällen auf andere Weise konstatiert zu haben.

Dies genügt mir, um meine oben aufgestellte Frage affirmativ zu beantworten, die Frage nämlich, ob besondere Bedingungen der Form, der Entwickelung oder der Abstammung des Pilzes, dessen Wachstum auf einem so ungewohnten Boden, wie das Augenlid, begünstigen können.

Ich schliefse deshalb mit der Erklärung, dafs in einigen seltenen Fällen das Trichophyton selbst den Lidsaum ergreifen kann, und dafs zur Überwindung der Widerstände, die sich gewöhnlich seinem Angriffe an ungewohnten Hautstellen entgegensetzen, unter anderem die tierische Abstammung beiträgt, wodurch dem Pilze die Fähigkeit einverleibt wird, auf die Haut reizender und intensiver einzuwirken.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Freiburg (Schweiz).

Aus der Praxis.

Die Hand- und Fingerekzeme in der Armenpraxis.

Von

P. G. UNNA.

Die Ekzemtherapie in den wohlhabenden Klassen der Bevölkerung ist dank der hohen Ausbildung, welche die antiekzematösen Präparate und Medikamente heutzutage erlangt haben, eine verhältnismäfsig leichte und dankbare. Wir besitzen in den Formen der Pasten, Leime, Salbenmulle, Pflastermulle, Seifen, in dem Hülfsmittel der impermeablen Ver-

bände und der Hautschienen, in den bewährten Medikamenten: Zinkoxyd, Bleioxyd, Quecksilberoxyd, Teer, Schwefel, Ichthyol, Resorcin, Pyrogallol, Chrysarobin einen solchen therapeutischen Reichtum, dafs wir kaum je einem Ekzem gegenüber in Verlegenheit kommen, wo wir die Mittel des Patienten nach Belieben in Anspruch nehmen dürfen und wo die Haut tagsüber geschont werden kann.

Aber die Verbesserungen der Therapie haben begreiflicherweise wenig Eingang in die Therapie der Armen und der Polikliniken finden können. Hier sind wir meistens noch gezwungen, in der alten Weise gegen das Heer der Ekzeme mit unzureichenden Quantitäten, ungenügend individualisierten Formen und mangelhaften Applikationsweisen der Mittel anzukämpfen, und die Verbesserungen der Neuzeit laufen meistens auf die zwei allerdings nicht unwesentlichen Punkte hinaus: den Ersatz der Salben durch die praktischere Form der Pasten und den Zusatz des fast omnipotenten Chrysarobins zu den alten Medikamenten. Aber nicht nur der Mangel an Geldmitteln bereitet hier fortdauernde Schwierigkeiten, sondern fast noch mehr die ungünstigen häuslichen Umstände, die Unmöglichkeit, den behandelten Teil zu schonen und sachgemäfs bedeckt zu halten. Wir trösten uns gewöhnlich damit, dafs uns wesentliche Faktoren bei der poliklinischen Behandlung unterstützen, die uns in den wohlhabenden Klassen nicht in gleicher Weise zur Verfügung stehen: Zeit und Geduld des Patienten.

Ich möchte in Folgendem auf einige Punkte hinweisen, welche ich als Verbesserungen der Behandlung gewisser Ekzemformen betrachet, die uns in der Armenpraxis fortdauernd Schwierigkeiten bereiten: der Hand- und Fingerekzeme der Wäscherinnen, Krämer, Maurer einerseits, der Köchinnen und der Hausfrauen, welche alle grobe Hausarbeit selbst zu verrichten gezwungen sind, andererseits.

Zuvörderst ist in jedem einzelnen Falle den Forderungen der allgemeinen Prophylaxis Genüge zu thun, d. h. auf ein etwaiges seborrhoisches Ekzem an anderen Körperstellen zu fahnden; speziell ist der Kopf auf Pityriasis capitis oder trockenes seborrhoisches Ekzem zu untersuchen, weil das nässende Ekzem der Finger in vielen Fällen nur eine jüngere Kolonie dieser älteren Heimatsstätte des seborrhoischen Katarrhs ist. Findet man diesen Verdacht bestätigt — und man wird ihn häufig genug bestätigt finden —, so ist der Kopfausschlag durch eine Schwefelsalbe zu beseitigen und in Zukunft durch zeitweise Anwendung derselben fern zu halten.

Von einer unter den genannten schwierigen Umständen wirksamen Behandlung müssen wir folgendes verlangen: 1. sie mufs das Handekzem möglichst rasch zur Heilung bringen, 2. die häusliche und berufliche Arbeit darf dabei nicht unterbrochen werden, 3. dieselbe Arbeit darf

keinen schädlichen Einfluſs auf das Ekzem und keinen störenden auf die Behandlung ausüben.

Diese Postulate können nicht immer in derselben Weise erfüllt werden. Wir haben da zwei Kategorien zu unterscheiden, nämlich die Ekzeme bei solchen Personen, welche nur zeitweise die schädigende Arbeit ausüben, wie Köchinnen, Dienstboten überhaupt, Hausfrauen, und solche, deren Beruf andauernd schädigend wirkt, wie Wäscherinnen, Krämer, Maurer.

In den ersteren leichteren Fällen hat sich in meiner Armenpraxis folgendes Verfahren bewährt. Die Hände werden abends vor dem Schlafengehen gut gereinigt, besonders auch die Nägel geschnitten und gereinigt, mit warmem Wasser und viel grüner Seife, wenn das Ekzem trocken ist, mit schwachem Seifenwasser, wenn das Ekzem näſst. Sodann wird eine der gleich zu nennenden, äuſserst billig herzustellenden und sehr wirksamen Pasten auf die ekzematösen Stellen eingerieben, bei stärkerem Nässen, nachdem vorher die Stellen mit gewöhnlichem Mehl gepudert und trocken gemacht sind. Darauf drückt man auf die eingeriebenen Stellen und deren nächste Umgebung abgeschnittene Stücke vom allerdünnsten Guttaperchapapier, demselben ordinären und billigen Stoffe, den die Blumenhändler zum Bewickeln der Bouquetstiele brauchen. Diese Sorte klebt gut und dauernd an der trockenen Haut an, wenn sie einige Sekunden mit der warmen Hand fest angedrückt wird, und ersetzt jeden anderen Verband. Sie ist so billig im Handel zu haben, daſs auch Arme jeden Abend neue Stücke davon auflegen können. Die Stücke müssen gröſser geschnitten werden, als die Ekzemstellen sind, damit das Guttaperchapapier auf der gesunden Umgebung fixiert wird und zugleich einen möglichst luftdichten Abschluſs herstellt. Für die Finger gebraucht man am besten längere, schmale Streifen, welche spiralig um die Finger gewickelt und durch Druck angeklebt werden.

Während so die Paste ihre austrocknende Wirkung entfaltet, schützt die impermeable Bedeckung die Haut vor dem zu starken Austrocknen. Bei Abnahme des Verbandes ist die Haut nicht bloſs gebessert, sondern auch geschmeidig und hat keine Neigung, Risse zu bekommen. Ja, tiefe Rhagaden, welche bekanntlich von diesen Personen am meisten gefürchtet werden, heilen in 1—2 Tagen stets zu. Zur Sicherung der auf solche Weise improvisierten Guttaperchapflaster kann man nachts baumwollene Handschuhe tragen lassen.

Die erste Regel am Morgen ist nun diese, den nächtlichen Verband ruhig sitzen zu lassen. Die Reinigung des Gesichtes kann mittelst eines Schwammes vorgenommen werden. Durch ein wenig Nässe geht der Handverband nicht ab. Die Hausfrauen, Köchinnen, Dienstboten besorgen die erste, grobe Arbeit des Tages (Reinmachen, Scheuern, Heizen) mit

dem Verband an den Händen, welcher allerdings dabei allmählich verdorben wird, aber die Haut noch genügend gegen diese Schädlichkeiten schützt, besonders wenn die baumwollenen Handschuhe dabei anbehalten werden können. Erst wenn die grobe Arbeit vorbei ist, werden die Reste des Guttaperchapapiers trocken abgewischt und — ohne die dann ja kaum beschmutzten Hände zu waschen — direkt etwas von der Paste auf den ekzematösen Stellen verrieben. Dann kann ohne jedes Hindernis die subtilere Arbeit des Tages (Kochen, Nähen etc.) vorgenommen werden. Ist auch diese vorbei, so folgt wieder eine gründliche Abseifung und der oben beschriebene Verband, der bis zum nächsten Mittage auszuhalten hat. Auf diese Weise stören sich Behandlung und Arbeit der betreffenden Personen nach meiner Erfahrung am wenigsten, und die Heilung macht von Tag zu Tag rasche Fortschritte.

Als sehr billige und sehr wirksame Pasten, welche für diese Ekzembehandlung passen, empfehle ich die folgenden. Jede Patientin kann sich dieselbe mit Leichtigkeit und für einen äufserst geringen Preis selbst herstellen, da alle Bestandteile bei Droguisten zu haben sind. Die Verhältnisse sind stets auf 100 Teile der Paste berechnet.

I. Billige Zinkpaste.

Zinkoxyd	40
Kreide	20
Bleiwasser	20
Leinöl	20

Zuerst wird das Zinkweifs mit der Kreide gemischt, sodann Bleiwasser und Leinöl für sich zur Emulsion geschüttelt und dann beide Teile möglichst lange und gut zur Paste verrieben.

II. Billige Bleipaste.

Bleiglätte (Bleioxyd)	50
Gewöhnlicher Essig	75

Diese beiden Substanzen werden in irdenem Topfe (etwa 10 Minuten) im Kochen erhalten, bis sie auf 75 Teile eingekocht sind und einen festen Brei darstellen; demselben werden sodann 25 Teile Leinöl zugemischt.

III. Billige Zinkschwefelpaste.

Zinkoxyd	20
Schwefel	20
Kreide	20
Leinöl	20
Kalkwasser	20

Die pulverförmigen Substanzen werden gut gemischt und dann mit den zur Emulsion geschüttelten Flüssigkeiten zur Paste verrieben.

Alle diese Pasten enthalten mehr pulverförmige als flüssige Bestandteile, um beim Einreiben rasch eine trockne Oberfläche zu geben, auf

der das Guttaperchapapier besser klebt. Sind beide Hände von Ekzem befallen, so reibt der Patient am besten mit den ekzematösen Stellen beider Flächen gegeneinander, bis die Paste nach einigen Sekunden trocken ist. Sonst reibt er die Paste mit der gesunden Haut der anderen Hand, bis Trockenheit erreicht ist. Dieselben Pasten eignen sich auch für Polikliniken, wo die Medikamente an die Patienten abgegeben werden, da sie einfach herzustellen und äußerst billig sind.

Im Falle die Ekzeme älter sind und zum größten Teile wohl heilen, aber einzelne hartnäckige Stellen hinterlassen, müssen diese letzteren vom Arzte während der poliklinischen Visite stärker behandelt werden, während im übrigen die angegebene Behandlung fortgeht. Dazu empfehle ich die in meiner Poliklinik im Gebrauch befindlichen Salbenstifte von Chrysarobin oder Chrysarobin und Salicylsäure. (Die letzteren haben sich auch bei der poliklinischen Lupusbehandlung bewährt.) Chrysarobin den Patienten mit nach Hause zu geben, möchte ich weniger empfehlen.

Dieselben werden nach folgenden Formeln:

Chrysarobin	10	*Chrysarobin*	10
Adipis lanae	60	*Salicylsäure*	20
Wachs	30	*Adipis lanae*	50
		Wachs	20

hergestellt. Ich lasse die geschmolzene Salbenmasse in Glasröhren gießen, welche in warmes Wasser getaucht und dadurch warm und schlüpfrig gemacht sind. Nach dem Erkalten werden die fingerdicken Stäbe herausgestoßen, in fingerlange Stücke geschnitten und in Stanniol eingewickelt. Bei der poliklinischen Visite bestreicht man die betreffenden Ekzemstellen mit dem Salbenstift. Zu Hause reibt der Patient seine Paste darüber ein und beklebt die Stellen mit Guttaperchapapier.

Bei den eigentlichen Berufsekzemen der Hände und Finger kommt man in leichteren Fällen auch mit der eben beschriebenen Behandlung aus. Wo aber die schädliche Beschäftigung den ganzen Tag andauert, genügt die einfache Nachtbehandlung nicht, und man muß auf eine Behandlung sinnen, welche ohne Berufsstörung bei Tage angewandt werden kann und zugleich ekzemheilend und schützend auf die Haut der Hände einwirkt. Die Paste mit Guttaperchabewickelung hält der Hantierung der Wäscherin und des Maurers nicht stand und würde auf den Händen des Krämerburschen unangenehm aussehen. Die oben genannten Pasten würden wohl ekzemheilend wirken, aber zugleich die Hornschicht spröde und trocken machen und vor allem die Schädlichkeit nicht genügend abhalten. Hier kommt es darauf an, die Oberhaut der ganzen Hände mit einer nicht leicht entfernbaren, schützenden Decke zu versehen. Unter den billigen, antiekzematösen Medikamenten ist hierzu der Teer vorzüglich geeignet. Mit etwas Spiritus und Ricinusöl verdünnt und auf den Händen

eingerieben, wirkt er zugleich schützend und heilend. Aber nur der Beruf des Maurers erlaubt die Einteerung der Hände während der Arbeit. Und hier bildet der Teer auch wegen seiner sauren Beschaffenheit die denkbar beste, schützende Hülle gegen die Einwirkung des Kalks und Cements auf die Hornschicht.

Wo die schützende Decke unauffällig sein soll, wie beim Krämer, und nicht abwaschbar, wie bei der Wäscherin, muſs sie aus der verdickten Hornschicht selbst bestehen, und es kommt darauf an, diese zu verstärken. Unter den antiekzematösen Mitteln eignet sich hierzu das Resorcin am besten. Wir haben schon oft die Erfahrung gemacht, daſs dieselben Resorcinschälpasten, welche am Gesicht in vier Tagen die vollkommene Abschälung einleiten, an den Händen eine Hornschwarte hervorrufen, welche wochenlang festsitzt und durch Waschen und Baden nicht zu beseitigen ist. Allerdings kann man die hierzu nötigen Resorcindosen nicht anwenden, so lange das Ekzem näſst. Diese Behandlung kommt also nur bei trockenen Ekzemen in Frage und nach Beseitigung des Ekzems als Prophylakticum. Nässende Ekzeme müssen erst durch milde Mittel zum Eintrocknen gebracht werden. Man läſst hierauf folgende Paste abends an den ganzen Händen nach sauberer Reinigung derselben einreiben, welche allerdings die Hülfe des Apothekers verlangt.

℞ *Ung. Zinci*
Recorcini aa 10,0 g
Terr. siliceae 2,0 g
Mf. pasta.

Nachdem die Paste trocken verrieben ist, werden die Hände mit Öl oder Vaseline oder einem tierischen Fett eingerieben und Handschuhe nachts angezogen. Morgens werden die Hände nicht gewaschen, sondern vor der Arbeit nur gut eingefettet und erst nach derselben wieder gesäubert. Man wird bemerken, daſs unter dieser Behandlung die ekzematösen Stellen sich mit einer trocknen Schuppe bedecken, die sich nach einigen Tagen abstöſst, während die gesunde Haut sich mit einer dicken Hornschicht bekleidet, welche haften bleibt. Bei Fortsetzung der Behandlung haftet die Hornschicht auch mehr und mehr an den kranken Stellen, im Maſse als diese abheilen.

Hat man mithin einige Abende die ganzen Hände eingerieben, so wird man später nur noch die kranken Stellen einzureiben haben und nach Abheilung dieser ganz mit dem Mittel aussetzen. Dann wird abends und vor der Arbeit die resorcinierte Haut nur eingefettet. Erst wenn nach 1 oder 2 Wochen die Resorcinhornschicht sich abstöſst, läſst man wieder einige Male die Paste einreiben, um eine neue Resorcinschwarte zu erzeugen. Allmählich wird diese Procedur seltener nötig, da inzwischen die Oberhaut sich an die Schädlichkeiten des Berufes besser adaptiert.

Übrigens gilt für die meisten Berufsekzeme das über die Prophylaxis oben Bemerkte. Die Berufsschädigung führt meist nur eine artificielle Dermatitis herbei, auf die ein seborrhoisches Ekzem vom Kopfe her sich einnistet. In diesen Fällen ist stets auch der Kopf, resp. das sonstige Ekzem zu behandeln.

Versammlungen.

Accademia Medico-Fisica zu Florenz.

Sitzungen vom 23. April und 4. Juni 1894.

(*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 38.)

Drei ziemlich seltene Fälle von Syphilis berichtet Pellizari.

1. Ein Mann erhält einen Schlag mit einem Schlüssel auf die Nase. Es entstehen ein primäres Syphilom, Drüsenschwellung, allgemeines Unbehagen, Erythem, Papeln.

2. Ein 50 Tage altes Kind zeigt eine Wunde über dem linken Scheitelbein, Drüsenschwellung an der entsprechenden Halsseite. Die Affektion ist eine syphilitische; die Mutter zeigt recente Syphilis mit Papeln etc.

3. Patientin mit unbeachtet gebliebener Syphilis. An der Nase und in derselben bestehen auf fahlrotem Grunde Knötchen, die zum Teil ulceriert sind. Sie sind nach einer von anderer Seite ausgeführten chirurgischen Entfernung recidiviert.

Die Anamnese ergab, dafs, nachdem sie vier normale Geburten undeinen belanglosen Abort durchgebracht, der Gatte ein Ulcus gehabt hatte. Darauf wurden zwei Kinder geboren, die Zeichen einer mangelhaften Entwickelung zeigen, und aufserdem kamen vier Aborte und Frühgeburten. Schliefslich war die Frau taub geworden. Sechs vier Sublimatinjektionen brachten erhebliche Besserung.

Über partielle Gangrän des Penis berichtet Volterra. Ein 23jähriger Mann, sonst gesund, nicht hereditär belastet, erkrankte nach einem Kohabitationsversuch mit einem unverdächtigen Mädchen unter allgemeinen Erscheinungen an einer Gangrän des Präputiums und der Hautdecken des Gliedes. Als Urheber wurden Streptokokken gefunden. Keine Albuminurie, kein Diabetes. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Ärzte in New York.

Sitzung vom 25. Mai 1894.

(*New Yorker med. Monatsschr.* 1894. No. 1.)

Einen Fall von syphilitischem Schanker der Tonsille demonstriert Oberndorfer. Der Patient zeigte eine vergröfserte, tief und vielfach zerklüftete und ulcerierte, wenig empfindliche Mandel rechterseits, Anschwellung der unter dem rechten Kiefernwinkel befindlichen Geschwulst, Syphiloderma papulosum.

Willy Meyer berichtet folgenden Fall: Ein Herr klagte über Lumbalschmerzen, Blasenbeschwerden, Tenesmus; der Urin war trübe, enthielt Gewebefetzen; zentrifugiert, wies er Tuberkelbacillen auf. Das Cystoskop zeigte ein tiefes **Ulcus am Ausgange des linken Ureter tuberkulöser Natur**, als sekundäre Folge einer Nierentuberkulose. Injektion von Jodoformemulsion hatten keinen Erfolg. Nach zwei Monaten stellte sich Fieber ein. Um nun die Frage der Exstirpation der linken Niere zu entscheiden, mufste der Zustand der rechten Niere entschieden werden. Es wurde die Blase eröffnet, ein Katheter in den rechten Ureter eingeführt. Als der so

gewonnene Harn auch Tuberkelbacillen enthielt, mufste von der Exstirpation Abstand genommen werden. Das Ulcus wurde paquelinisiert, ein Verweilkatheter eingelegt. Bedeutende Besserung, Gewichtszunahme um 15 Pfund. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

New Yorker Akademie der Medizin.

Sitzung vom 10. April 1894.

Blasensteine. Dr. Taylor zeigt zwei Phosphatsteine, die aus der Blase eines 17jährigen Knaben entfernt worden sind. Bei beiden Steinen war der Kern aus Wachs zusammengesetzt. Der Knabe masturbierte sehr stark und hatte sich wiederholentlich zu diesem Zwecke ein Wachsbougie in die Harnröhre eingeführt. Bei einer solchen Gelegenheit brach einmal ein Stück Wachs ab und schlüpfte in die Blase. Ein halbes Jahr später machten sich die ersten Symptome von Blasensteinen bemerkbar, die durch die suprapubikale Lithotomie entfernt wurden.

Nierensteine resp. Blasensteine demonstrieren unter anderen Herren Dr. Hayden, le Boutillier, Goldenberg, Tilden Brown.

Bericht über zwei Fälle von Lithotomie, von Dr. C. Beck. In dem einen Falle war der Patient bereits sechsmal lithotomiert worden.

Der zweite Fall betraf einen 35jährigen Mann, der lange an chronischer Cystitis gelitten hatte. Bei der ersten Untersuchung durch Dr. B. zeigte der Urin viel Eiter. Es wurde der Perinealschnitt gemacht und die Blase drainiert. Nach drei Wochen verschwand der Eiter aus der Blase. Fünf Monate später fühlte der Patient plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Lumbalgegend, der ebenso plötzlich nach 24 Stunden aufhörte, als ein grofser Stein durch die Urethra nach aufsen gedrungen war.

Bericht über zwei Fälle von Syphilis infolge von Tättowierens, von Dr. le Boutillier. Acht bis neun Tage, nachdem der erste Patient tättowiert worden war, bemerkte er am rechten Vorderarme einen Fleck, der allmählich gröfser wurde und sich verhärtete. Sechs Wochen später kam ein allgemeiner spezifischer Ausschlag zum Vorschein; gleichzeitig waren die Drüsen vergröfsert. Es bestand Alopecie; im Rachen wurden einige Schleimpapeln sichtbar.

Ein Fall von künstlichem Testikel, vorgestellt von Dr. Guiteras. Ein Franzose, 32 Jahre alt, dessen linker Testikel vor fünf Jahren in Paris wegen einer nicht näher zu deutenden Entzündung exstirpiert worden war, bat dringend, ihm einen künstlichen einzusetzen. (Aus welchem Grunde denn? Eitelkeit? Ref.) Es wurde eine Incision in das Scrotum gemacht, sodann die Tunica vaginalis eröffnet und gedehnt und der künstliche aus Celluloid verfertigte Testikel von $1^1/_2$ Zoll Länge, $^3/_4$ Zoll Dicke und 16 Gramm Gewicht eingefügt. Der Mann hat keinerlei Beschwerden von dem künstlichen Organe.

Tuberkulose der Prostata, von Dr. Vaughan. Der Patient ist 30 Jahre alt. Ein Bruder ist an Lungentuberkulose gestorben. Vor acht Jahren etwa acquirierte er Blennorrhoe und Epididymitis. Während der letzten vier Monate hatte der Patient viel zu leiden von Harndrang und blutigem Urin. Die rektale Untersuchung stellte eine stark vergröfserte Prostata fest. Der erst gelassene Urin war ganz klar, während die zweite Portion ziemlich viel Blut und einige nekrotische Flocken enthielt. Keine Tuberkelbacillen. Eine sichere Diagnose konnte nicht gestellt werden. Entweder ist es ein Tumor oder Tuberkulose der Prostata; wahrscheinlich das letztere.

Diskussion.

Dr. Fuller hält den Fall für Tuberkulose und rät zu einer Behandlung mit grofsen Dosen Leberthran. Die Samenbläschen bei dem Patienten wären vergröfsert und von dem Entzündungsprozesse mit ergriffen.

Dr. Brewer glaubt, die Symptome könnten von einem durchgebrochenen Prostataabscesse herrühren.

Dr. Otis meint, bei dem Patienten wären multiple kleine Abscesse in der Prostata vorhanden.

Einige gewöhnliche Mifsgriffe bei der Behandlung der Syphilis, von Dr. Fox. Viele Ärzte glauben, dafs die Syphilis eine unheilbare Krankheit sei. Im Gegenteil, die Krankheit neigt in jedem Falle einen natürlichen Verlauf zu nehmen und von selbst abzuheilen. (Doch wohl etwas zu optimistisch! Ref.) Wenn der Syphilitiker sich einer gesunden Körperkonstitution erfreut und vorsichtig ist, so wird die Prognose aufserordentlich günstig, auch wenn keinerlei spezifische Behandlung eingeleitet worden ist.

Ein anderer sehr verbreiteter Irrtum ist zu glauben, dafs Merkur und Jodkalium die einzigen Mittel sind, welche bei der Behandlung der Syphilis uns zu Gebote stehen. Beide sind zwar sehr wirksame Heilmittel, aber andererseits kann ein bedingungsloses Vertrauen in dieselben dem Patienten doch ernstlichen Schaden zufügen. Bei anämischen Patienten sollte Eisen als Antisyphiliticum angesehen werden. Bei skrophulösen Individuen ist vor allem Leberthran von Vorteil. Den Patienten die Angst vor der Krankheit zu benehmen und hygienische Mafsregeln sind in gewissen Fällen von aufserordentlicher Wichtigkeit. Man verfällt sehr leicht in den Irrtum, die Krankheit anstatt den Kranken zu behandeln

Eine andere Täuschung ist der Glaube, dafs ein bestimmter Zeitraum nötig ist, um Heilung zu erzielen. Einige geben zwei, andere drei Jahre etc. an. Der Verlauf der Syphilis wechselt bei den verschiedenen Individuen, und die Behandlungsdauer mufs je nach der Schwere des Falles auch wechseln.

Sehr verbreitet ist ferner der Irrtum, dafs viele Krankheiten, welche bei einer syphilitischen Person auftreten, behandelt werden, wie wenn sie direkt syphilitischen Ursprunges wären. Die Thatsache, dafs jemand die Syphilis hat, schliefst ihn natürlich nicht von anderen Krankheiten aus. Viele Ärzte sind aber leicht geneigt, derartige Störungen als Folgen der Syphilis anzusehen und darnach auch zu behandeln. So sieht man häufig, dafs weifse Plaques auf der Mundschleimhaut und auf der Zunge bei einem Syphilitiker von einer antiluetischen Kur gänzlich unbeeinflufst bleiben. Man soll nicht vergessen, dafs Verdauungsstörungen ganz ähnliche Plaques hervorrufen können. Ja sogar wenn sie direkt syphilitisch sind, können sie den spezifischen Mitteln widerstehen, wenn der Verdauungstractus nicht in Ordnung ist.

Diskussion.

Dr. Allen meint, milde Fälle von Syphilis mögen wohl ohne spezifische Behandlung abheilen, aber dasselbe von allen Fällen zu behaupten, wie Fox es thue, sei nicht richtig. Mit der Verbreitung solcher Ansichten lade man eine grofse Verantwortung auf sich. Was die Behandlung betrifft, so hebt Redner die guten Erfolge hervor, welche namentlich durch natürliche Thermalbäder oder Schwefelbäder erzielt werden. Wenn auch Merkur und Jodkalium sehr wirksame Mittel gegen die Syphilis sind, so haben wir dennoch Grund, zu hoffen, dafs durch spezifische Vaccination eines abgeschwächten Serums vielleicht Immunität gegen das syphilitische Virus erlangt werden wird. Was die Behandlung von anämischen Syphilitikern mit Eisen betrifft, so sei das Quecksilber als Tonicum häufig dem Eisen überlegen. Redner könne mit Fox auch darin nicht übereinstimmen, dafs die antiluetische Behandlung nur eingeleitet werden sollte, wenn sich syphilitische Symptome zeigten. Im Gegenteil, man solle auch während der Intervalle behandeln, um womöglich Recidiven vorzubeugen. Affektionen auf der Mundschleimhaut kommen besonders häufig bei starken Rauchern vor.

Dr. Brewer und Dr. Bronson stimmen im allgemeinen mit den Ausführungen von Fox überein. Man solle die Patienten mit Merkur und Jodkalium nicht malträtieren und darüber die allgemeinen hygienischen Maßnahmen vergessen.

Dres. Morrow, Fordyce, Fuller pflichten nur zum Teil Dr. Fox bei und geben im übrigen den Bemerkungen von Dr. Allen recht.

Dr. Otis glaubt nicht, daß es außer Jodkalium und Quecksilber noch andere Mittel gegen die Syphilis gebe. Die Behandlung müsse frühzeitig begonnen und auch in den Intervallen zwischen den Syphilismanifestationen fortgesetzt werden. Selbstverständlich ist das Allgemeinbefinden und die Konstitution der Patienten zu berücksichtigen. *C. Berliner-Aachen.*

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

21. ordentliche Versammlung am 1. Juni 1894.

Ein Fall von Seborrhoea capitis, von Dr. Morton vorgestellt. J., sieben Jahre alt. Seine Mutter sagte aus, daß das Leiden mit einer Anzahl kleiner, rundlicher, über den ganzen Kopf verstreuter Stellen angefangen habe, und ihrer Beschreibung nach müssen dieselben Ähnlichkeit mit Tinea tonsurans gehabt haben. Als Redner das Kind zum ersten Male sah, war die ganze Kopfhaut mit Schuppen bedeckt.

Dr. Holsten wollte die Affektion nicht für eine echte Seborrhoe, noch auch für ein Eccema seborrhoicum gelten lassen.

Dr. Sherwell äußerte die Meinung, daß es sich hier um einen Fall von Tinea tonsurans handle, der bis zu dem Stadium gediehen sei, wo eine Heilung spontan erfolgt, und wo eine eigentliche Ansteckungsgefahr nicht mehr besteht.

Dr. Morton führte einen Fall an, daß ein Mann plötzlich angefangen habe, kahle Stellen auf der Kopfhaut zu bekommen. Gröbere Symptome von Tinea fehlten, aber bei der mikroskopischen Untersuchung konnte er nachweisen, daß die vom Rande der Stellen entnommenen Haare mit Trichophytonsporen angefüllt waren.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit infolge von chronischer Schrumpfniere, vorgestellt von Dr. Morton.

Außer den Symptomen der symmetrischen Gangrän fanden sich mehrere miliumartige Tumoren am Kinn, aus welchen sich beim Anstechen eine kalkige Masse ausdrücken ließ.

Dr. Holsten meinte, daß die Tumoren vergrößerte Miliaria seien, deren Inhalt kalkig entartet war.

Ein syphilitischer Tumor am Bein, welcher als melanotisches Sarkom diagnosticiert worden war; vorgestellt von Dr. Mosher.

M. D., 45 Jahre alt, weiblichen Geschlechts, wurde im Herbst 1890 im Brooklyn City Hospital aufgenommen. Sie hatte ungefähr ein Jahr zuvor eine harte, wallnußgroße Schwellung an der lateralen Seite des Unterschenkels bemerkt und hatte wegen der dadurch verursachten Schmerzen einen Arzt konsultiert, welcher in der Meinung, daß der Tumor Eiter enthielt, denselben incidierte. Als sie drei Monate später ins Hospital kam, war der zur Entleerung des vermeintlichen Eiters gemachte Schnitt noch nicht ausgeheilt. Das Bein war angeschwollen und auf Berührung empfindlich. Nach einem Konsilium entschloß man sich, bis aufs Periost einzuschneiden, da angenommen wurde, daß die Affektion eine circumskripte Periostitis sei. Die Operation gewährte etwas Linderung, aber die Wunde wollte nicht heilen und nahm allmählich eine geschwürige Beschaffenheit an. Es wurde ein Stück des krankhaften Gewebes mikroskopisch untersucht, und die histologische Diagnose lautete auf melanotisches Sarkom. Daraufhin wurde der Patientin die Amputation des

Gliedes anempfohlen, doch wollte sie hierauf nicht eingehen. Um diese Zeit sah Redner den Fall und vermutete aus verschiedenen Gründen, daſs es sich hier um Syphilis handelte. Als die Kranke daraufhin antisyphilitisch behandelt wurde, fing sie sofort an, sich zu bessern, die Schmerzen lieſsen nach, das Geschwür heilte aus, und sie war jetzt wieder im stande zu gehen. Drei Monate später war sie so gut wie geheilt. Der Fall zeigt, wie genau syphilitische Neoplasmen mit denjenigen maligner Art übereinstimmen können.

Ein Fall ohne Diagnose, vorgestellt von Dr. MORTON. M., 10 Jahre alt. Vor vier Jahren entwickelte sich auf der medialen Seite des Unterschenkels etwa drei Zoll unterhalb des Knies ein kleines Ulcus, welches allmählich an Gröſse zunahm. Einen Monat später trat am anderen Bein ungefähr an der nämlichen Stelle ein ähnliches Geschwür auf. Sie brauchten fast ein Jahr zur Heilung und sind seitdem jedes Frühjahr wiedergekehrt. Zur Zeit findet sich an beiden Beinen an der genannten Stelle ein Geschwür von der Gröſse etwa eines 50centstückes; dieselben sind zum Teil mit dunkelbraunen Borken bedeckt, während die übrige Fläche frei zu Tage liegt, miſsfarben aussieht und mit einem dünnen, wässerigen Eiter befeuchtet ist. Um den Rand herum finden sich mehrere minimale Tuberkel, etwa von der Art, wie man sie bei Lupus findet.

Dr. SHERWELL und HOLSTEN hielten die Läsionen nicht für Lupus, sondern für ein Ekzem, das durch unzweckmäſsige und reizende Behandlung bis zur Geschwürsbildung gesteigert worden sei.

Dr. WINFIELD diagnosticierte Lupus, was Dr. MORTON ebenfalls im Sinn gehabt hatte.

Ein Fall ohne Diagnose, vorgestellt von Dr. MORTON. Eine 40jährige Frau hatte drei Monate, bevor sie zum Arzt ging, am Gesicht, an den Armen und Beinen einige kleine diskrete Bläschen bemerkt. Dieselben verschwanden bald wieder, und an ihrer Stelle trat der jetzt vorhandene Ausschlag von lichenartigem Charakter im Gesicht, am linken Arme und an beiden Beinen hervor. Dres. HOLSTEN und WINFIELD hielten die Affektion nicht für Lichen, sondern für Ekzem.

Ein Fall von oberflächlicher, syphilitischer Ulceration des Gesichts wie Lupus erythematosus lokalisiert, vorgestellt von Dr. WINFIELD.

Eine 28jährige Frau kam wegen einer schmetterlingförmigen Geschwürsbildung am Gesicht in die Poliklinik des Long Island College Hospital. Das ergriffene Gebiet war mit Schuppen bedeckt, von denen einige sehr oberflächlich saſsen, während andere sich nur ziemlich schwer ablösen lieſsen. Einige Schuppen schienen bis in die Ausführungsgänge vorzuragen, und beim Losreiſsen fanden sich festhaftende, kleine Pfropfen, in ähnlicher Weise, wie man dies bei Lupus erythematosus beobachtet. Dabei ergab die Anamnese eine ganz unzweifelhafte Syphilis.

Ein Fall von syphilitischer Psoriasis und das durch die Behandlung erzielte Resultat, von Dr. MORTON vorgestellt. Die Stellen an den Vorderarmen und den Händen waren mit Quecksiberpflaster verbunden worden, unter Beihülfe der gemischten Therapie waren dieselben alle geheilt, während diejenigen an den Oberarmen und Ellenbogen noch geschwürig waren und schuppten.

JAMES MACFARLANE WINFIELD M. D., Schriftführer.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Besprechungen.

Tafel der Anatomie der Haut, von G. Lewin. (Mediz. Verlag von S. Karger, Berlin 1894.) Lewin hat sich ein nicht geringes Verdienst erworben, dafs er uns mit einer grofsen Wandkarte beschenkt hat, auf der die Anatomie der Haut nach seinen mikroskopischen Präparaten vorzüglich und genau dargestellt ist. Die Tafel eignet sich vermöge ihrer Gröfsenverhältnisse und der weithin sichtbaren, sehr distinkten Farbenzeichnung vorzüglich zur Demonstration an Studierende in klinischen Lehrsälen. Hoffentlich findet sie gerechte Würdigung und Verbreitung; die Ausführung ist, wie bemerkt, eine sehr gute. *F. Hahn-Bremen.*

Fournier, **Vorlesungen über Syphilis hereditaria tarda,** bearbeitet von Körbl und M. v. Zeissl, Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1894. Da bisher ein in deutscher Sprache verfafstes Werk über die tardive hereditäre Lues fehlt, so haben es die Übersetzer übernommen, diesem Mangel dadurch abzuhelfen, dafs sie Fourniers klare und treffliche Abhandlung uns allgemein zugänglich machen; jedenfalls wird das Werk bei der Wichtigkeit des Stoffes grofsen Anklang finden.

F. Hahn-Bremen.

Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten, von R. Abel. (Dritte Auflage von *Bernheims Taschenbuch,* Würzburg 1894.) Diese dritte Auflage gleicht den vorangegangenen nur in der Ausstattung; in Wahl und Anordnung, wie in Art der Darstellung ist sie vollkommen umgearbeitet; bei der enorm angewachsenen Litteratur hätten sich eben sämtliche Detailvorschriften nur auf Kosten der Handlichkeit aufnehmen lassen; Verfasser giebt infolgedessen nur die Methoden, welche einfach sind und sicher zum Ziele führen. Die technischen Vorschriften zur Herstellung von Stoffwechselprodukten und Immunisierungsverfahren sind nicht mit aufgenommen, da sich allgemeine Regeln noch nicht geben lassen. Besonders ausführlich sind die Abschnitte über Typhus und Cholera behandelt.

Das mit Papier durchschossene Büchlein empfiehlt sich bei seiner Handlichkeit und bei der übersichtlichen Gruppierung des Stoffes von selbst jedem, der es zur Hand nimmt. *F. Hahn-Bremen.*

Lehrbuch der bakteriologischen Untersuchung und Diagnostik, von Heim. (Stuttgart 1894, Ferdinand Enke.) Ein ganz vortreffliches Buch ist es, welches wir hier zu besprechen haben. Erschienen in der *„Bibliothek des Arztes“*, ist es für den Praktiker geschrieben. Der beamtete Arzt, der im Interesse des Allgemeinwohls Diagnosen feststellen, Desinfektionen anordnen, hygienische Untersuchungen vornehmen will; der klinisch thätige Arzt, der einen Einblick in das Wesen der Krankheiten bekommen soll, der junge Arzt oder Studierende, der als Hülfsarbeiter an einem Krankenhause bakteriologische Untersuchungen ausführen möchte, sie alle haben dem Verfasser vor Augen gestanden, als er das Buch schrieb, ihnen soll dasselbe ein Lehrer und Führer sein. Und so beginnt auch die Darstellung recht „ab ovo“, mit den scheinbar einfachsten und selbstverständlichen Dingen, um in knapper, kurzer und leicht lesbarer Fassung alles und jedes zu berühren, über alles Auskunft zu geben, wie man mit reichlichen Mitteln seine Untersuchungen einrichtet, wie man mit spärlichen Mitteln sich behilft und improvisiert. Über alle Fragen wird der Nachsuchende Aufklärung finden, da der kundige Verfasser selbst anfangs mit be-

scheidenen Mitteln gearbeitet hat, später am Kaiserl. Gesundheitsamt und auf einer staatlichen Untersuchungsstation in Würzburg gelernt hat, sich allen möglichen Verhältnissen anzupassen.

Der Inhalt gliedert sich in drei Teile. Der erste Teil befafst sich mit bakteriologischen Untersuchungen im allgemeinen, der zweite geht auf die morphologischen und biologischen Eigenschaften der Bakterien ein; der dritte giebt eine Schilderung aller Methoden zum Nachweis der Mikroorganismen in und aufser dem menschlichen Körper.

Die Ausstattung des Buches ist eine hervorragend gute: zahlreiche Holzschnitte meist Gruppenbilder nach Originalaufnahmen des Verfassers) illustrieren Apparate und Handgriffe. Da Mikroorganismen durch keinen Maler in völlig objektiver Weise wiedergegeben werden können, so ist auch noch eine reiche Serie von Mikrophotogrammen in Lichtdruck beigegeben.

Möge das Buch reiches Interesse und reiche Verbreitung finden!

F. Hahn-Bremen.

Les trichophyties humaines, von R. Sabouraud. (Thèse, Paris 1894. Rueff & Co. Grofs-Folio, 233 Seiten.) Die Monographie Sabourauds ist wohl die ausführlichste, welche je über die Trichophytie erschienen ist. Dieselbe enthält im wesentlichen eine Zusammenstellung der Arbeiten S.'s über Trichophytie, welche in den *Annales de Dermatologie* 1892 und 1893 erschienen und welche in den *Monatsheften* referiert wurden. Die Arbeit wird grundlegend sein für alle weiteren Forschungen in der Trichophytiefrage. Verfasser hat mit staunenswertem Fleifs alle Fragen experimentell zu lösen versucht. Er bringt im allgemeinen, experimentellen und klinischen Teile eine so reichliche Fülle von Thatsachen, dafs es dem Referenten nicht möglich ist, alle Resultate ausführlich wiederzugeben. Die in dem Referate ausgeführten Thatsachen werden wohl auch dem gröfsten Skeptiker zu der Überzeugung bringen, dafs es sicherlich nicht einen einzigen Pilz giebt, welcher die als Trichophytie bezeichnete Hautkrankheit hervorbringt. Aus dem experimentellen Teile möchte ich folgende Resultate anführen:

1. Nährboden. Die genaue chemische Zusammensetzung zur Differenzierung der Pilze ist von der allergröfsten Wichtigkeit. Je nach der Zusammensetzung des Nährbodens kann man Blasen, Mycel, Mycelsporen, Konidien oder Luftsporen hervorbringen. Accessorische, nicht pathogene Pilze pflegen mit den Trichophytonpilzen zusammenzuleben. Diese „Commensaux" gedeihen aber am besten auf Nährböden, welche 3½% Maltose enthalten, während die Trichophytonpilze zu ihrer unbegrenzten Weiterzüchtung eines Nährbodens bedürfen mit 18,4% Maltose plus 3,5‰ stickstoffhaltigem Material. Sabouraud verfährt zur Isolierung des pathogenen Pilzes folgendermafsen: Das steril entnommene Material wird sechs Tage auf diesem 18%igen Maltosenährboden gezüchtet; dann Abimpfung auf Kartoffeln: die kräftig sich entwickelnden Trichophytonpilze sind makroskopisch sofort von den accessorischen Pilzen zu unterscheiden. Abimpfung des makroskopisch erkennbaren Pilzes und Weiterzüchtung auf dem 18%igen Maltosenährboden. Benutzt man einen Nährboden von 10% Maltose und 0,4% Pepton, so kommen nur die Trichophytonpilze auf, die accessorischen Pilze nicht. Diese vereinfachte Isolierungsmethode genügt ebenfalls und ist ebensogut, als die von Král etc. vorgeschlagene.

2. Inokulationen: Acidität des Schweifses verhindert oder beeinträchtigt wenigstens bei manchen Trichophytonarten die Entwickelung des Pilzes in der Haut. Die Reaktion des Hautschweifses der von Herpes tonsurans circinata corporis befallenen Kinder war ausnahmslos alkalisch. Bei Kindern mit saurem Schweifse hafteten von sieben Impfungen nur eine, mit alkalischem Schweifse von vier Impfungen alle

vier. Durch Züchtung des Trichophytonpilzes auf Nährböden, deren Acidität allmählich gesteigert wird, ist es möglich, den Pilz dazu zu bringen, auch auf Haut mit saurem Schweiſse zu haften. Intraepidermoidale Impfungen sind meist positiv, subepitheliale meist erfolglos. Aufserordentlich günstige Impfresultate erzielt man bei schwer haftenden Pilzen, wenn man folgendes Verfahren einschlägt: Man läfst ein noch glühendes Schwefelholz auf die Haut einwirken; nach einigen Stunden wird in die entstehende seröse Blase geimpft. Von 26 Impfungen gelangen alle. Bei Tricho phyton endothrix ist diese Art der Impfung absolut notwendig; bei Trichophyton ectothrix ist der Inokulationsmodus gleichgültig. Die pyogenen Trichophytonarten bilden bei den Tieren keine pyogenen Infektionen. Bei der Abimpfung von Tieren empfiehlt es sich, die Schuppen zu verwenden, weil bei Tieren die Haare meist nicht vom Pilze befallen werden; nur bei Trichophyton du cheval à grosse spore sind die Haare am geeignetsten zur Abimpfung.

3. Mykologische Bemerkungen.

a) Die in Traubenform angeordneten Sporen haben bei den verschiedenen Pilzen ein sehr verschiedenes, oft sehr charakteristisches Aussehen.

b) Bei den Trichophyties à cultures blanches finden sich Chlamydosporen (? Ref.), 7—15 μ breite, 50—60 μ lange, in 6—7 Kammern geteilte Spindeln. (Dieser Beschreibung nach würde eher der gebräuchliche Name: zusammengesetzte Spore, conf. *Die Pilze de Bary.* 1884. Fig. 117, anzuwenden sein; wir wählten in unserer Arbeit für diese Fruchtart das Epitheton atractophoron: spindelförmig.)

4. Bei manchen Trichophytonarten finden sich spiralig gewundene Mycelfäden, vielleicht dazu bestimmt, Zygosporen zu bilden.

5. Ascorsporenanlagen bei einzelnen Arten tierischen Ursprunges beobachtet: es bilden sich unregelmäfsige Knollen im Verlaufe des Mycels; jeder Knollen beherbergt 3—4 Sporen, welche doppelt so groſs als die Luftsporen sind.

6. Als Mycelsporen (Rosenkränze) bezeichnet Verfasser die kurz septierten Mycelzellen, welche mit den Sporen in den Haaren identisch sind.

7. In ungünstigen Nährböden kommt es zur Entwickelung von Oidienformen.

Aus dem speziellen Teile möchte ich die Befunde bei den wichtigsten, klinisch-kulturell und mikroskopisch sehr genau beschriebenen und scharf charakterisierten Trichophytonarten wiedergeben. Die Untersuchung eines gröfseren Materials wird nach Sabouraud's Ansicht zur Auffindung noch zahlreicher Trichophytonarten führen.

A. Trichophyton endothrix.

La tondante peladoide bénigne. Trichophytie à grosse spore, à Mycélium fragile, à culture acuminée. Hundert Fälle in einer Schulepidemie beobachtet. Vorkommen: Kopf. Es entstehen 5—7 cm grosse Plaques. Fast Haar für Haar ist befallen; in der kahlen Stelle markieren sich die Follikelmündungen als schwarze Punkte. Die befallenen Haare überragen nicht das Niveau der Haut. Vereinzelte gesunde Haare können in der kahlen Hautpartie vorkommen. Diese Form ist klinisch der Alopecia areata sehr ähnlich. Haare: Die Epilation eines Haares zwecks Untersuchung gelingt, wenn auch schwer; der oberste Teil des Haares oft eingerollt. Das epilierte Haar meist nur 1 mm lang, doppelt so dick, wie ein normales, schwarz, ohne Manschette. Mikroskopisch: Der Pilz wächst im Haar und bildet Ketten von Sporen: die Spore 5—7 μ groſs, doppelt konturiert. **Die einzelnen Sporen sind aber nur locker miteinander verbunden.** Kulturen: Kartoffel: braune Kulturen wie mit sehr zartem Puder bestäubt; ½% Bierwürzeagar: Zentrum bräunliche, prominierende, durchfurchte Kolonien bildend; Zentrum umgeben von einer radiär ausstrahlenden, wie mit Puder bestäubten Randzone.

La deuxième tondante à grosse spore. Trichophyton à grosse spore, à

mycélium résistant, à cultures cratériformes. Vorkommen: Kopf. Erkrankte Hautpartie erreicht die Gröfse von 6—7 cm. Die kranken Haare sind durch Partien unterbrochen, in welchen Komplexe von Haaren vollkommen gesund sind. Haut selbst zeigt keine Abnormitäten. Neben dem primären Herde treten meist zahlreiche fingerkuppengrofse Sekundärherde auf, welche dieselben klinischen Merkmale, wie die Primärherde, aufweisen. Haare 2—3 mm die Haut überragend, teilweise aber auch au niveau abgebrochen, dick, dunkel gefärbt, ohne Manschette, krumm, kommaförmig. Mikroskopisch: Pilz wächst im Haar; Sporen 5 μ grofs, fast viereckig; parallele, das ganze Volumen des Haares ausfüllende Ketten bildend. **Die einzelnen Glieder der Kette hängen fest miteinander zusammen. Kulturen:** Kartoffel: multiple, stecknadelkopfgrofse, hellbraungelbe Herde; $^1/_2$% Bierwürzeagar: neapelgelbe Scheiben mit halbkugelig prominierendem Zentrum. Agar-Pepton-Maltose: es entstehen crèmefarbige **becherförmige Kulturen**; der Durchmesser des Bechers etwa 1 cm, die senkrecht emporsteigenden Seitenwände erreichen eine Höhe von 6—7 mm. Die Becher sind umgeben von einer aus divergierend ausstrahlendem Mycel bestehender, rot bis ockergelben Randzone.

Les tondantes dues à des espèces rares de Trichophyton mégalosporon endothrix. Über diese zwei Arten umfassende Pilze giebt Verfasser nicht detaillierte Beschreibungen. Er sagt, dafs er zwei Pilze angetroffen, welche den zwei vorher beschriebenen kulturell sehr ähnlich seien, dafs aber dennoch Differenzen beständen, welche es ihm nicht statthaft erscheinen liefsen, dieselben mit den vorgenannten zu identificieren.

B. Trichophyton ectothrix.

Die **pyogenen Trichophytonpilze** sind tierischen Ursprungs (Pferd, Katze, Vogel). Da der Pilz nicht im Haare selbst, sondern im Follikel wächst, so nennt er diese Gruppe: **Trichophyton ectothrix.** Klinisch wurden Kerion Celsi der Kopfhaut und des Bartes und die Folliculite suppurée agminée en placards durch diese Pilze hervorgerufen. Die entstehenden Neubildungen konnten fungus-, anthrax- und krebsähnlichen Tumoren gleichen. Ausheilung stets mit Narben. Zur Abimpfung empfehlen sich: 1. die Flaumhaare der Peripherie, 2. die noch nicht eröffneten Pusteln. Die Schuppen enthalten niemals den Pilz. Unter 18 Fällen konnte Verfasser 11 Mal weifse, 4 Mal wurmförmige, gelbe, 3 Mal rosafarbige Kulturen isolieren. Der Pilz mit weifsem Rasen ist der häufigste, und wurde meist das Pferd als die Infektionsquelle nachgewiesen.

Bei der durch letzteren Pilz verursachten Krankheit findet man mikroskopisch zwischen Haar und Follikel schlanke, kurze Mycelfäden und Sporen von 8—9 μ, welche das Haar scheidenartig umgeben. Kulturen: Wachstum sehr schnell; es entstehen weifse, von weitem lachsfarbig aussehende, im Zentrum hervorgebuckelte Kolonien, welche mit einer kompakten, wie mit Mehl bestäubten Randzone umgeben sind. Kulturen starben nach drei Wochen ab. Die Agaroberfläche sieht wie mit Gips bespritzt aus. Auf Kartoffeln bildet sich ein rein weifser, wie mit Puder bestreuter Oberflächenrasen. Inokulationen auf Meerschweinchen leicht haftend, aber keine Suppuration erzeugend.

Trichophyton mégalosporon ectothrix pyogène du chat. Trychophyton circinée dyshidrosiforme. Herpes iris vésiculeux de Biett. Klinisch: Auf Hals, Handgelenk, Schläfen erscheinen hochrote Flecke, auf welchen rasch Bläschen aufschiefsen. Die Bläschen zeigen Anordnung in Kreisen. Die Bläschen vereitern spontan, d. h. nicht infolge einer Sekundärinfektion. Mikroskopisch 7—9 μ grofse Sporen bilden eine Scheide um das Haar; Haar selbst nicht befallen; im Eiter des nicht eröffneten Bläschens Mycelstücke und Sporen. **Kulturen** ähnlich

denen des Trichophyton ectothrix pyogène à culture blanche du cheval; aber hier kommt es zur Zonenbildung; niemals sehen die Kulturen von weitem lachsfarben aus, sondern sind stets schneeweifs; Oberfläche auch nicht gipsähnlich, sondern flaumig. Das Wachstum der Kulturen noch rascher als bei Trichophyton ectothrix pyogène du cheval. Die Sporen bilden elegante Trauben, weil die Mycelverzweigung der Fruchthyphe und die Entstehung der Sporen auf den Ästchen eine sehr regelmäfsige ist.

Trichophytie de la barbe, à forme de dermite humide disséminée: Trichophyton ectothrix du cheval à culture jaune craquelée, vermiculaire. Sechs Beobachtungen. Klinisch: Meist mehrfache (2—12) Herde sich bildend. Die Primäreffloreszenzen sehen aus, als ob eine leichte Verbrennung der Haut stattgefunden hätte, als ob ein Vesicans bis zur Rötung der Haut appliciert worden wäre. Auf dem roten Flecke bildet sich sehr bald eine seröse Blase, welche einen goldgelben Farbenton annimmt. Die Haut der einzelnen Plaques derb infiltriert. Mikroskopisch: Haare selbst frei. In der Scheide des Haares liegen ovoide, doppelt konturierte, 7—11 μ grofse Sporen. **Kulturen:** Bierwürzeagar: es bilden sich kleinste, prominierende, wie mit Puder bestäubte gelbbraune Kolonien; von diesen strahlt eine an Farnkrautblätter erinnerde Mycelverästelung aus. Die Sporen fallen sehr leicht ab. Agarpeptonmaltose: Die Kulturen zeigen gefurchte, den Konturen der Gehirnoberfläche gleichende Faltungen. Mikroskopisch: Die Sporen traubenförmig angeordnet; im Verlaufe des Mycels knollige Auftreibungen, welche 3—5 Sporen (von der doppelten Gröfse wie die Luftsporen) beherbergen (Askosporen?).

Trichophytie sèche de la barbe à forme d'ichthyose pilaire. Trichophyton à culture rose. Klinisch: Die erkrankte Hautstelle **erinnert an die Keratodermie pilaire.** Die Follikel prominierend, Haare 3—4 mm über der Oberfläche abgebrochen. Das epilierte Haar dick, von einer Scheide umgeben; der intradermale Teil grau, der extradermale Teil der Scheide schneeweifs. Keinerlei Entzündungssymptome. Mikroskopisch: Haar selbst frei; in der Haarscheide 9 μ grofse, runde, doppelt konturierte, locker miteinander verbundene Sporen; aufser den in Reihen angeordneten Sporen Mycel, welches zum Teil wellig, zum Teil transversal zur Achse des Haares verläuft. Das Mycel bildet ein Netz um das Haar; die Sporen und das Haar liegen gleichsam in einem Mycelnest. **Kulturen:** Sehr langsames Wachstum. Das Luftmycel ist weifs, mit seidenähnlichem Glanz und nimmt mit der Zeit eine **Rosafärbung** an. Das Zentrum der Kultur erscheint von der **Unterfläche** schwarz; die peripher gelegenen Mycelausstrahlungen **himbeerblau.** Auf **Kartoffeln** entstehen isolierte, langsam wachsende, prominierende, veilchenblaue Kulturen. Die Sporen sitzen auf Stielen, welche von sehr langen, jungen Mycelfäden entspringen. Es finden sich sehr eigentümliche Mycelenden. (Les extrémités mycéliennes terminent par des arborescenses ressemblant à une branche depouillée de feuilles.)

Verfasser beobachtete drei Fälle. Er hält seine Pilze identisch mit denen von Mégnin und Duclaux.

Les trichophyties sèches serpigineuses. Diese Form zeichnet sich dadurch aus, dafs sehr grofse Effloreszenzen entstehen, z. B. von Hals bis zur Schultergegend Rand der Effloreszenzen wird gebildet durch rote, exkoriierte Papeln mit schmalem exfoliiertem Rande. Farbe der erkrankten Hautpartie: schwarzbraun Der Verlauf der Affektion ist sehr chronisch; das progressive Stadium dauert oft Jahre. Die Affektion greift niemals auf Kopf oder Barthaare über. Die Haare selbst werden niemals vom Pilze befallen. Mikroskopisch findet man 5 μ breite

Mycelien mit rechteckigen, sehr regelmäfsig angeordneten Mycelsporen. Vielleicht ist diese Affektion verursacht durch denselben Pilz, wie die Tinea imbricata.

Zu dieser Form gehören auch atypische Pilze, deren Zahl sehr groſs zu sein scheint.

C. La teigne à petites spores.

Non trichophytique Mikrosporon Audouini-Gruby. Verfasser hat 192 Fälle beobachtet, stets fand sich derselbe Pilz vor. Da die Affektion sehr hartnäckig ist, so schlägt Verfasser vor, die Krankheit Tondante rebelle zu nennen. Sitz: Nur der behaarte Kopf. NB. Zur Stellung der Diagnose ist es absolut erforderlich, noch nicht behandelte Primäreffloreszenzen zu verwenden. Primäreffloreszenz: **Haare meist 3 mm über dem Niveau der Haut von einer weifsen Manschette umgeben;** dieser Befund ist pathognomisch. Sind die Haare in der Höhe von 6—7 mm von der Manschette umgeben, so brechen sie ab. Erst dann sind Veränderungen der Kopfhaut wahrzunehmen: Pityriasis alba parasitaria. Die Haare lassen sich leicht epilieren. Der intradermale Teil des Haares ist von einer kreideweifsen, der extradermale von einer grauweifsen Manschette eingehüllt. Der Pilz dringt selten in die Epidermis selbst ein; in diesem Falle ist die Plaque schwarzbraun; die Peripherie einer derartigen Plaque ist dann von einem doppelten erythematösen Hof umgeben: die einzelne Plaque erinnert dann an eine Kokarde. Niemals kommen circinäre Formen vor auf der unbehaarten Haut, oder Sykosis barbae etc. Die Krankheit ist sehr kontagiös. Epidemien in Schulen von 20—50 Fällen sind nichts Seltenes. Dauer der Krankheit über Jahre. **Mikroskopisch:** Die weifse, resp. grauweifse Manschette besteht nicht aus Epidermiszellen, sondern nur aus Pilzelementen: **kleine, runde, 2 μ groſse Sporen** von gleicher Gröfse. Spore liegt neben Spore, aber jede Spore ist umgeben von einem hellen, durchsichtigen Hof. Epiliert man Haare, welche die ersten Anfänge der Manschette zeigen, so ergiebt sich, dafs das Wachstum des Pilzes von der Oberfläche nach der Tiefe zu stattfindet. Bei behandelten Plaques sieht man aufser den Sporen auch noch sehr zarte, 2 μ breite Mycelfäden. **Kulturen:** Kartoffelkulturen sind sehr charakteristisch: der Impfstrich ist bis zum siebenten Tage grauweifs; vom zehnten bis zwölften wird derselbe bräunlichrot, es macht den Eindruck, als **ob Blut auf die Kartoffel ausgestrichen** wäre. Nach Bildung des blauroten Streifens entwickelt sich ein spärliches Luftmycel, welches an einzelnen Stellen dichter wächst und kleine Bouquets bildet. Noch nach drei Monaten ist das Wachstum zu konstatieren und die Impfung positiv. Auf Bierwürzeagar findet rasches Wachstum statt; in den Nährböden radiäre Ausstrahlung. Auf der Oberfläche weifses, in Zonen wachsendes Luftmycel. **Mykologie:** Das aus der Spore sich entwickelnde Mycel ist überall leicht zu verfolgen, das Mycelgeflecht ist nicht so dick wie bei Trichophyton ectothrix und endothrix, dafs die mikroskopische Beobachtung erschwert wäre. Die distalen Mycelzellen schwellen an, so dafs rosenkranzähnliche Bildungen entstehen: diese Zellen 9—12 μ groſs und mehr. Etwa vom zehnten Tage ab hören die Anschwellungen der distalen Hyphenzellen auf. Aus einer Endzelle entwickelt sich dann eine peitschenschnurähnliche Mycelverästelung. Das Auftreten dieser Mycelverästelung markiert stets die beginnende Sporenbildung. Aus diesen peitschenschnurähnlichen Mycelästen entspringen nämlich 15—18 μ dicke Seitenäste, welche ihrerseits wiederum Seitenästchen entsenden: es sind diese Bildungen die Fruchthyphen: die einzelnen Fruchthyphen gleichen einer Säge oder einem Kamme; auf der Spitze jeder Zinke des Kammes entwickelt sich eine Spore. Inokulationen auf Tiere waren negativ; positiv auf unbehaarter menschlicher Haut; auf behaarter menschlicher Haut wurden keine Okulationen versucht wegen der ungeheuren Hartnäckigkeit des Pilzes therapeutischen Mafsnahmen gegenüber. Pferde bis zu zwei Jahren sind ebenfalls geeignete Impfobjekte.

Die Litteratur ist selbstverständlich ausführlich berücksichtigt. Leider fehlten die lithographischen Zeichnungen, auf welche im Texte vielfach hingewiesen wird.

Neebe-Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Mikroskopische Technik.

Chromkalium-Sublimat-Eisessig als Fixierungsmittel, von KONRAD ZENKER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 27.) Um die störenden Nebenwirkungen des doppeltchromsauren Kaliums hintanzuhalten, zugleich aber die Vorteile desselben (gute Konservierung der Protoplasmasubstanzen) zu erzielen, ist Verfasser nach mehrfachen Versuchen zur Zusammensetzung einer Flüssigkeit gekommen, welche den weitgehendsten Anforderungen für ein Fixierungsmittel gerecht wird. Diese Flüssigkeit ist ein Chromkalium-Sublimat-Eisessiggemisch von folgender Zusammensetzung:

Destilliertes Wasser	100,0
Sublimat	5,0
Doppeltchromsaures Kalium	2,5
Schwefelsaures Natron	1,0
Eisessig	5,0

Es empfiehlt sich, den Eisessig erst kurz vor Verwendung der Mischung zuzusetzen.

Die Lösung hat den Vorteil, dafs sie aufserordentlich leicht in die Gewebe eindringt. Dünnere Scheiben sind bereits in einer Stunde vollständig durchdrungen und gehärtet, Stücke von 1 cm Dicke sind innerhalb 24 Stunden vollkommen durchgehärtet; noch voluminösere Objekte müssen natürlich entsprechend länger in der Flüssigkeit verweilen; doch sind auch wallnufsgrofse Organteile, wenn sie nicht gerade allseitig von einer schwer durchdringbaren Kapsel umgeben sind, nach 48 Stunden vollkommen gehärtet. Eine Schrumpfung der Gewebe bleibt völlig aus. Infolge der guten Erhaltung der Gewebe ist auch die Schneidbarkeit nach der Paraffinbettung eine wesentlich bessere, als z. B. nach Alkohol- und auch nach einfacher Sublimathärtung. Die Fixierung der feineren histologischen Details ist eine tadellose. Von besonders hohem Werte erscheint das Chromkalium-Sublimat-Eisessiggemisch wegen seiner aufserordentlichen Billigkeit. Daher kann man diese Lösung durchweg als Fixierungsmittel benutzen. Die Weiterbehandlung der Objekte ist die gewöhnliche: gutes Auswässern in fliefsendem Wasser, Entwässern in langsam steigendem Alkohol. Die Reste der Sublimatniederschläge entfernt man durch Jodalkohol. Beim Entwässern geben die Stücke sehr viel Chromkalium in den Alkohol ab, so dafs namentlich der 50%ige Alkohol stark verunreinigt wird. Wenn man aber die Stücke allmählich durch eine gröfsere Serie von Gläsern mit Alkohol leitet und die Reihenfolge regelmäfsig innehält, so kann man mit geringen Mengen von Alkohol sehr lange arbeiten, der letzte Alkohol bleibt immer noch klar und absolut.

Von dem neuen Fixierungsmittel gilt ferner, dafs alle in Betracht kommenden **Färbungen** der gewonnenen Schnitte sich ausführen lassen. Von den gewöhnlichen Kernfärbemitteln bis zu den schärferen Färbungen mit Anilinfarbstoffen wurden zahlreiche Methoden ausprobiert, stets mit gleich gutem Erfolg: sowohl die Chromatin-, als die protoplasmatischen Färbungen sind tadellos. Das Gleiche gilt von den

Bakterienfärbungen. Auch auf das Nervensystem wurden die Versuche ausgedehnt, sind jedoch noch nicht ganz abgeschlossen. *Neuhaus-München.*

Berkley, **Die Osmium-Kupfer-Hämatoxylinfärbung,** eine schnelle Weigert-methode. (*Neurol. Centralbl.* Bd. XI, No. 9.) Das Verfahren, welches leicht und schnell anwendbar ist und eine deutliche Färbung der feinsten markhaltigen Fasern der Zentren giebt, beschreibt Verfasser folgendermafsen. Die für 24 Stunden in Flemmingscher Lösung gehärteten Präparate werden direkt in Alkohol gebracht und mit Celloidin durchtränkt geschnitten. Die Schnitte werden ausgewaschen und in gesättigte Kupferacetatlösung gebracht, dann kommen sie in Hämatoxylinlithionlösung, werden ausgewaschen und in Weigerts Borax-Blutlaugensalzflüssigkeit differenziert. Die ganze Prozedur dauert nur etwa eine Stunde. *F. Hahn-Bremen.*

Formaldehyd, ein ausgezeichnetes Härtemittel für tierische Gewebe, von Mc. Adam Eccles. (*The Brit. Medic. Journ.*, 26. Mai 1894.) Rascher und intensiver als alle andern Mittel vermag Formaldehyd in einer 10—20—40%igen Lösung innerhalb von 48 Stunden tierische Gewebe derart zu härten, dafs sie ohne Nachteil mit dem Mikrotom geschnitten und dann gefärbt werden können. Je weicher das Gewebe ist, desto stärker mufs die Lösung sein. Beim Scirrhus, bei festen Geschwülsten, bei Nierengewebe genügt eine 10%ige Lösung, um innerhalb 24 Stunden vollständiges Hartwerden zu erzielen. Normales Gehirn, Hoden, Lungen, Thymusdrüse konnten mittelst einer 20%igen Lösung in 3 Tagen gut gehärtet werden, obwohl bei Hodengewebe besser eine 40%ige Lösung zur Anwendung kommen mag. Keines der gehärteten Gewebe wird brüchig, noch werden beispielsweise die Gewebszellen in Gestalt oder Charakter durch die rapide Härtung verändert.

C. Berliner-Aachen.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Bericht über Lepra und das Lepraasyl auf Trinidad im Jahre 1892, von B. Rake. (*Port of Spain.*) Im vorliegenden Jahresbericht an die dortigen Regierungsbehörden bespricht Rake zunächst einige Verwaltungsangelegenheiten, gewisse Wünsche und Bedürfnisse betreffs der Gebäude, Verpflegung, Wasserzufuhr etc. Ferner giebt er eine Statistik über die behandelten Patienten (216 Betten) und wendet sich dann zu Fragen von allgemeinerem Interesse. Dafs die Lepra kontagiös oder übertragbar sei, müssen wir, meint R., jetzt doch wohl annehmen, sicher erwiesen wäre dies aber erst, wenn eine an einem gesunden Menschen (etwa einem Verbrecher) in einer leprafreien Gegend vorgenommene Impfung ein positives Resultat ergebe. Betreffs der angeblichen Zunahme der Lepra in den letzten Jahren führt R. aus, dafs auf Trinidad, so viel sich nachweisen läfst, der Prozentsatz der Leprakranken seit 1813 um ein Geringes gesunken sei, und er führt die für eine ganz ausgesprochene Abnahme des Leidens in Norwegen, Indien und Nordamerika (Minnesota) beweiskräftigen Statistiken an. Von seinen interessanten Mitteilungen über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse und namentlich das Auftreten der Leprabacillen kann ein kondensierter Bericht nicht erstattet werden. In therapeutischer Beziehung schildert er ausführlich zwei (mifslungene) Versuche mit der längeren Darreichung von Kalium chloricum in Gaben von 7—9 g pro die. Ein weiteres Kapitel ist dem Vorkommen der Tuberkulose bei Lepra gewidmet. Rake hält daran fest, dafs die bekannten Affektionen der inneren Organe (Lunge, Leber, Milz, Niere etc.) im wesentlichen durch Tuberkel- und nicht durch Leprabacillen bedingt werden. Eine Bestätigung hierfür lieferten

auch seine Impfversuche an Meerschweinchen. Zum Schluſs giebt er eine Übersicht über die in den letzten sechs Jahren vorgenommenen (2000) gröſseren und kleineren Operationen bei Leprakranken. Dieselben umfassen Amputationen, Nervendehnungen, Excisionen von nekrotischen Knochen, Knoten, Keloiden, Fibromen etc. etc., ferner Ligationen, Incisionen aller Art, Augenoperationen u. s. w. Im allgemeinen heilten die Wunden auffallend schnell und gut, was Verfasser der leichten Gerinnung des leprösen Blutes zuschreibt. *Philippi-Nieheim.*

Ist die Lepra kontagiös? von T. C. Sundberg. (*Pacific. Med. Journ.* Juni 1892.) Auf diese Frage wird vom Redakteur des genannten Blattes bejahend geantwortet. Er sagt: „Die Lepra ist zweifelsohne, wenn auch nur in beschränktem Grade, eine kontagiöse Krankheit.“ Er meint, daſs für die Übertragung des Leprabacillus entweder eine länger dauernde und enge Berührung oder auch die Berührung mit einem an irgend einer anderen Hautkrankheit, wie Krätze z. B., leidenden Kranken erforderlich sei. Ferner läſst er sich auch über die Tuberkulose aus, die er als eine weit gröſsere Gefahr für die öffentliche Gesundheit bezeichnet. Mit vollem Recht bezweifelt er die Gerechtigkeit der Isolierung der Leprakranken, so lange man den Schwindsüchtigen gestattet, die Keime ihres Leidens nach allen Richtungen hin auszusäen. Er empfiehlt eine Abänderung des Gesetzes dahin, daſs nicht nur die an Lepra und Variola leidenden Patienten, sondern auch die mit Tuberkulose, Syphilis, Schanker und Blennorrhoe Behafteten eingesperrt werden sollen. Diese Idee ist an und für sich zu abgeschmackt, als daſs man weiter darauf eingehen könnte.

Ohmann-Dumesnil (St. Louis).

Die Non-Kontagiosität der Lepra, von L. D. Bulkley. (*Med. Record.* 23. Januar 1892.) In diesem im New York County Medical Association am 2. Dezember 1891 gehaltenen Vortrage erwähnt Verfasser zunächst die wenig beweiskräftigen Berichte, die in Bezug auf Kontagiosität des Leidens in der Bibel verzeichnet sind, ferner die Erfahrung Pater Damiens und die Thatsache, daſs die Krankheit bei Individuen vorkommt, welche niemals mit Leprakranken in Berührung gekommen sind. Er kommt darauf zu folgenden Schlüssen: 1. daſs die gebräuchliche Theorie von der Kontagiosität der Lepra der Begründung entbehrt; 2. daſs die Affektion nicht im gewöhnlichen Sinne des Wortes kontagiös sei oder jedenfalls nicht in der Bedeutung, wie dasselbe auf Syphilis, Pocken etc. angewandt wird; 3. wahrscheinlich ist das Leiden durch einen Bacillus bedingt; 4. man hat gewichtige Gründe anzunehmen, daſs dieser Bacillus mit der Nahrung zusammen, namentlich durch Fischspeisen, dem Organismus einverleibt werde; 5. es liegen Beobachtungen vor, welche darauf hinweisen, daſs die Krankheit unter geeigneten Verhältnissen von einer Person zur anderen übertragen werden könne; 6. die Erblichkeit ist wahrscheinlich für einen gewissen Teil der Fälle verantwortlich zu machen; 7. es besteht kein Grund für die Isolierung dieser Patienten; 8. es wäre entschieden eher angezeigt, den an Syphilis und Tuberkulose leidenden Kranken den freien Verkehr mit der Mitwelt zu verbieten, als den Leprakranken. *Ohmann-Dumesnil (St. Louis).*

Die Ätiologie der Lepra, von G. L. Fitsch. (*Med. Record.* 10. September 1892.) Verfasser faſst die Lepra gewissermaſsen als viertes Stadium der Syphilis auf. Die Lepra tritt epidemisch auf bei Rassen, die von Syphilis wenig berührt sind. Individuen, die Syphilis acquiriert haben, erkranken später oft an Lepra; so werden fünf Beispiele angeführt, in denen luetische Personen, die gar nicht oder wenig behandelt sind und ausschweifend leben, an Lepra erkrankten. Häufiger noch soll die ererbte Syphilis die Grundlage der Lepra bilden. So wurden fünf Kinder einer hereditär luetischen Mutter und eines luetischen Vaters leprös. Für den Zusammenhang spricht

auch, dafs die Leprösen gegen Syphilisimpfungen immun sind. Die Lepra nervosa soll mehr bei hereditär und nervös veranlagten Individuen auftreten, wobei andere Noxen mitwirken, so bei den Bewohnern der Sandwichsinseln der Alkohol. Die Lepra ist ebensowenig kontagiös wie die Syphilis in späteren Stadien. Therapeutisch gelang es in einigen Fällen, Lepra durch antiluetische Therapie zu bessern. Die gemischten Rassen scheinen widerstandsfähiger gegen die Lepra, als die weifsen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lepra und Fischnahrung, von Augustin A. Crane. (*Med. Record.* 26. März 1892.) Die von Bulkley (vide supra) aufgestellte Ansicht, dafs man gewichtige Gründe habe, vor allen anderen Speisen die Fischnahrung zu beargwöhnen als diejenige, welche am meisten geeignet sei, das Lepragift zu erzeugen und zu übertragen, wird vom Verfasser, einem ehemaligen staatlich angestellten Arzte (Government Physician) auf Hawaii, ziemlich scharf kritisiert. Er führt aus, dafs diese Hutchinsonsche Theorie in weiten Kreisen acceptiert worden sei, dafs aber die Ärzte auf Hawaii sich im allgemeinen ablehnend verhalten. Seit undenklichen Zeiten hatte die Hauptnahrung dieser Insulaner aus Fischen bestanden, welche auch meistenteils roh genossen wurden. Bis zum Jahre 1860 wufste man weder geschichtlich noch durch Überlieferung irgend etwas von dem Vorhandensein dieser Krankheit unter ihnen. Ungefähr um diese Zeit aber trat sie hervor, nachdem die Weifsen einige vierzig Jahre auf der Insel gelebt und die ursprüngliche Nahrung und Lebensweise sich erheblich verändert hatten. Konservierte Früchte, frisches Fleisch und Gemüsearten waren so allgemein eingeführt worden, dafs die Verwendung der Fischnahrung namentlich im rohen Zustand kolossal abgenommen hatte und nicht einen Hauptbestandteil ihrer Nahrung mehr bildete. Heutzutage ist nun, trotzdem kein auffallend starker Verbrauch von Fischen stattfindet, von etwa dreifsig Kranken immer einer leprakrank. Also bei ausschliefslicher Fischnahrung haben wir k e i n e Lepra, bei geringem Verbrauch derselben v i e l e Kranke. Dies war der geschichtliche Verlauf auf Hawaii.

Ohmann-Dumesnil (St. Louis).

Leprophobia, von Adolf Lutz. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* Dezember 1892. Dieser neu gebildete Ausdruck ist vom Verfasser erfunden worden, um eine der Syphilophobie ähnliche Störung zu bezeichnen. Nachdem er die vom Arzte auszuübende moralische Beeinflussung beleuchtet hat, weist er auf folgende zu beachtende Momente hin: 1. Das hereditäre Moment ist bei der Lepra noch nicht bewiesen. 2. Die Gefahr einer vorübergehenden Berührung mit Leprakranken ist nur aufserordentlich gering und besteht in Wirklichkeit vielleicht nur in den vorgeschrittenen Stadien der Krankheit. 3. Kontagium findet selbst bei intimerer und längerer Berührung durchaus nicht häufig statt, wenigstens in Familien, die auf civilisierte Weise und in besseren Verhältnissen leben. 4. Anscheinend gesunde Leute können unvermutete Leprasymptome aufweisen, welche von einem erfahrenen Arzte leicht erkannt werden, und das Bestehen einer längeren symptomenfreien Inkubationsperiode ist nicht ganz klar und zweifelsohne nachgewiesen.

Verfasser beschliefst seinen Aufsatz mit der Bemerkung, dafs er es für ein Gebot der Humanität erachtet Front zu machen gegen alle jene unerwiesenen und übertriebenen Behauptungen, welche nur der Leprophobie Vorschub leisten, ohne wirklich Nutzen zu schaffen und oft Ansichten und Mafsregeln zeitigen, welche eines aufgeklärten Zeitalters vollständig unwürdig sind. *Ohmann-Dumesnil (St. Louis).*

Lepraerythem mit riesenzellenähnlichen Gebilden, welche den bei Tuberkulose gefundenen Riesenzellen etwas ähnlich sind, von D. W. Montgomery. (*Med. News.* 14. April 1894.) Unter dieser ziemlich langatmigen Überschrift berichtet Verfasser kurz über folgende etwas ungewöhnliche Beobachtung: Ein 33jähriger

Amerikaner, gelegentlichen Excessen in Baccho et Venere ergeben, der sechs Jahre auf den Sandwichsinseln zugebracht hatte, zeigte eine rötlichbraune, flach erhabene, 50 Cent grofse Stelle über dem linken Backenknochen, sowie eine dollargrofse, rote, schuppende Stelle über dem rechten Radius. Beide Musculi ulnares waren hart und deutlich zu fühlen. Es bestand Analgesie und Unempfindlichkeit für Hitze und Kälte an den betreffenden Stellen. Der Kranke hatte auch einige venerische Geschwüre, aber ohne Entwickelung von sekundären Erscheinungen, gehabt. Antisyphilitische Behandlung blieb erfolglos. Nach sechswöchentlicher Darreichung von Natrium salicylicum 1,2 pro die und mehrwöchentlicher Behandlung mit Salol in Gaben von 1,8 bis 3,6 pro die trat eine entschiedene Besserung ein, und zur Zeit ist eine gewisse Verdickung der Nerven, namentlich des rechten Vorderarmes, an einigen Stellen der einzige Überrest des Leidens. Besonders bemerkenswert erschien dem Verfasser das Vorhandensein von Riesenzellengebilden im erkrankten Fleck am Gesicht. Dieselben bestanden aus einem hyalinen Zentrum mit umgebenden Kernen; sie waren aber rundlicher, als die gewöhnlichen Riesenzellen, und die runden Kerne waren auch zu regelmäfsig zusammengereiht. Verfasser glaubt mit Armauer Hansen, dafs man es hier mit Blutkapillaren zu thun habe, deren Kerne im Wuchern begriffen waren.

Philippi-Nieheim.

b. *Tuberkulose.*

Tuberkulose der Nasenschleimhaut, von M. Herzog-Cincinnati. (*The Amer. Journ. of the med. sciences.* Dezember 1893.) Verfasser erwähnt die in der Litteratur beschriebenen, resp. angedeuteten Fälle von Tuberkulose der Nasenschleimhaut und teilt dann die Krankengeschichten von neun in Würzburg und einem in Cincinnati selbst beobachteten Falle mit. Tabellarisch werden hierauf 80 in der gesamten Litteratur veröffentlichte Fälle von Tuberculosis der Nasenschleimhaut zusammengestellt. Dafs die Krankheit primär auftreten kann, ist vielfach geleugnet worden. Die Tabelle zeigt jedoch, dafs dies in 20 Fällen geschehen ist, und dafs, wenn auch in einigen der letzteren vielleicht Zweifel obwalten kann, die Möglichkeit einer primären tuberkulösen Erkrankung der Nasenschleimhaut nicht wegzuleugnen ist. Die Diagnose wird in diesen primären Fällen vielleicht schwierig sein und erst durch die mikroskopische Untersuchung sichergestellt werden.

Verfasser beschreibt die Resultate der histologischen Untersuchung, die Symptome, den Verlauf und die Therapie der Krankheit und teilt das Ergebnis seiner Beobachtungen in folgenden Schlufssätzen mit:

1. Tuberkulose der Nasenschleimhaut ist im Vergleich zur Tuberkulose anderer Teile des Respirationstractus, namentlich der Lungen und des Larynx, eine seltene Krankheit; sie ist jedoch nicht so selten, wie man dies früher angenommen hat.

2. Sie ist gewöhnlich eine sekundäre Affektion, aber sie kommt auch primär vor, wie dies durch untrügliche klinische Beweise und durch die Autopsie nachgewiesen ist.

3. Wo sie auftritt, ist sie häufig eine sekundäre Erscheinung einer gleichzeitig bestehenden Lungen- und Larynxphthise.

4. Die Tuberkulose der Nasenschleimhaut tritt auf in Form von Ulcerationen, Tumoren und einer Kombination beider. Der Tumor findet sich gewöhnlich bei primären Erkrankungen, während die Ulceration in vorgeschrittenen Fällen der Phthise vorherrscht.

5. Sie kann in jedem Alter, ausgenommen in den ersten Lebensmonaten, vorwiegend aber zwischen dem 10.—40. Lebensjahre auftreten.

6. Sie zeigt keine Prädilektion für das eine oder das andere Geschlecht.

7. Ihr Sitz ist vorzüglich das Septum cartilagineum.

8. Ihr Verlauf ist sehr chronisch, und Recidive sind sogar nach chirurgischen Eingriffen häufig.

9. Sie ist an sich quoad vitam nicht gefährlich, nur kann sie gelegentlich durch Komplikationen, so durch eine Basilarmeningitis oder vielleicht durch eine Miliartuberkulose tödlich enden.

10. Eine ihrer wichtigsten, direkten Komplikationen durch Übergreifen des Prozesses ist die Tuberkulose des Ductus naso-lacrymalis und der Conjunctiva.

11. Sie kann auch kompliciert sein mit Tuberkulose des Rachens, des Gaumens, der Zunge, des äufseren Integuments, mit Lupus der Nase, des Gesichtes, mit Tuberkulose der Cervikaldrüsen, mit Empyem des Antrum Highmori etc.

12. Lupus des Gesichtes oder der Nasenschleimhaut kann in seiner weiteren Entwickelung zur Tuberkulose der Nasenschleimhaut führen.

Die Therapie, wenn sie von Erfolg sein soll, mufs eine radikale sein. Oberflächliche Kauterisation oder Einblasen von antiseptischen Streupulvern helfen nicht viel. Die Tumoren müssen von Grund aus beseitigt werden. Ulcerierende Flächen sollten entweder ausgekratzt oder mit Chromsäure, Acidum trichloraceticum oder mit dem Galvanokauter energisch geätzt und die Wunden sowohl während, wie nach der Behandlung mit antiseptischen Streupulvern, wie Jodoform, Jodol, Aristol, Europhen, häufig bedeckt werden. Innerlich wäre Kreosot in grofsen Dosen zu verabreichen. Verfasser ist es gelungen, in einem weit vorgeschrittenen Falle von Phthisis mit Kreosot eine vollständige Heilung der tuberkulösen Ulcerationen in der Nase herbeizuführen. (Und die Phthise? Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Über den Lupus tuberculosus superficialis, von W. Dubreuilh. (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bord.*) Im Anschlufs an die Vorstellung zweier Fälle bespricht D. den Lupus tuberculosus superficialis, dem er seine Stellung zwischen dem Lupus simplex und dem Lupus erythematosus anweist. Die Punkte, in denen er sich anatomisch von diesen beiden Formen unterscheidet, werden hervorgehoben und zum Schlufs seiner Prognose und seiner Behandlung einige Worte gewidmet.

Türkheim-Hamburg.

Zwei mit Thyreoidextrakt behandelte Fälle von Lupus, von Byrom Bramwell. (*Brit. med. Journ.* 14. April 1894.) Der Verfasser teilt ausführlich die Krankengeschichten zweier Lupusfälle mit, die er erfolgreich mit Schilddrüsenextrakt behandelt hat. Es kamen zumeist ganz kleine Dosen in Anwendung. Das günstige Resultat beim Lupus ermuntert, das Mittel auch bei Phthisis pulmonum und anderer Organe anzuwenden. Jedoch ist hier wegen der Depression, welche das Thyreoidextrakt hervorruft, um so gröfsere Vorsicht geboten, als zu einem wesentlichen Erfolge wahrscheinlich stärkere Dosen bei Phthisis in Anwendung kommen müfsten. Es empfehle sich, mit dem Mittel erst bei Skrophulose Versuche anzustellen.

Dafs das Schilddrüsenextrakt möglicherweise auch beim Krebs nützlich ist, läfst sich folgendermafsen begründen: Das Mittel hat sich zweifellos in einigen Fällen von Lupus als wertvoll erwiesen. Wahrscheinlich wirkt es hier günstig, indem es die Gewebe gegen die zerstörenden Einflüsse des Tuberkelbacillus widerstandsfähiger macht. Nimmt man an, dafs auch bei Krebsgeschwülsten ein Organismus der ursächliche Faktor ist, der namentlich in den wenig resistenten Geweben älterer Leute seine verheerende Wirkung ausübt, so wird man vielleicht aus denselben Gründen, wie beim Lupus, das Mittel bei Carcinomen mit Erfolg anwenden.

C. Berliner-Aachen.

Nach Tansinis Vorschlag machte Valenti in einem Falle von **Lupus hypertrophicus faciei** an der afficierten Stelle und deren Umgebungen tiefe Injektionen einer stärkeren Sublimatlösung (Sublimat, Kochsalz $\aa$ 0,5, Aqua destillata 100,0).

Nach den ersten Injektionen war die lokale Reaktion eine ziemlich heftige (starker Schmerz, bedeutende Schwellung des Gesichts), später aber zeigte sich die Haut toleranter. An einigen Stellen trat Suppuration und Nekrose des Gewebes ein, weshalb dort mit den Sublimatinjektionen ausgesetzt und statt dessen Pinselungen mit 2%igem Sublimatkollodium gemacht werden mufsten. Therapeutischer und kosmetischer Erfolg vorzüglich. (*Rif. med.* 1894. No. 114.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Ätiologie des Leichentuberkels, von Mathieu Gockel. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1893.) Der Leichentuberkel verdankt seine Existenz eigentlich entzündungserregenden Mikroorganismen oder deren Ptomainen. Die Tuberkelbacillen siedeln sich erst sekundär an auf dem für sie vorbereiteten Nährboden. Der gutartige Verlauf erklärt sich zum Teil durch die Lokalisation, durch die Konkurrenz der primären Bakterien. Unter den Fingernägeln an der Fingerspitze sind Tuberkelbacillen bei Phthisikern fast stets nachweisbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

c. *Syphilis.*

Über Syphilis im Altertum und deren Behandlung mit Quecksilber bei Chinesen und Japanern, von A. S. Ashmead. (*Med. News.* 30. Dezember 1893.) Das älteste japanische Werk über Medizin ist das von einem gewissen Tamba im 7. Jahrhundert geschriebene Buch *Ischinho* oder *Po*, eine japanische Encyklopädie der chinesischen Medizin. Dasselbe ist aber nur durch mündliche Überlieferung bekannt, und zwar bei den Adoptivnachkommen des Stammes Tamba. Einer dieser Tambas hat mit einem anderen japanischen Arzte, T. Wake, einem Nachkommen des berühmten Wake Ihinari, im Jahre 1801 ein Buch über Syphilis, *Bai-so yaku gen*, herausgegeben, das eine Bearbeitung einer zur Zeit der Dynastie der Ming (1368—1644) geschriebenen chinesischen Geheimschrift über Syphilis, *Bai-so-hiroku*, sein soll. Aus diesem Buche geht nun hervor, dafs die Syphilis den Chinesen und Japanern im Mittelalter bereits wohl bekannt war, und dafs sie mittelst Hg (Suigin = Wassersilber) und Kalomel (Keifun) behandelt wurde. Ein anderes Buch, *Daido Ruishus*, das im Anfang des 9. Jahrhunderts geschrieben sein soll, spricht auch von der Syphilis und deren Behandlung. Es werden darin japanische Recepte angegeben, welche als der importierten chinesischen Behandlungsweise noch entschieden überlegen gerühmt werden. *Philippi-Nieheim.*

Golasz gelang es, aus dem Blute von Syphilitischen Reinkulturen eines **polymorphen Bacillus** zu gewinnen, der sich unter der Gestalt von Filamenten, Stäbchen, Kokken und grofsen ovoiden Zellen präsentierte. Als Nährboden diente eine aus normaler Milzsubstanz vom Menschen gewonnene Nukleinlösung. Die vegetativen Formen des Pilzes, d. h. Filamente und Stäbchen, finden sich in grofser Anzahl in frischen Kulturen, nehmen dann mit Verschwinden des Nukleingehalts derselben progressiv ab, um den ovoiden und Zoogloeabildungen Platz zu machen. (*Presse méd. belge.* 1894. No. 12.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ätiologische Beziehungen der Syphilis, von Robert Schütz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 14 u. 15.) Seit kurzer Zeit erst tritt die Anschauung bestimmter hervor, dafs die Wirkungen der Syphilis sich nicht auf die zahllosen Erscheinungen der drei „Perioden" beschränken, sondern dafs gewisse Krankheiten in einem Teile der Fälle wahrscheinlich auf Syphilis zurückzuführen sind. Verfasser hat nun unter Benutzung eines grofsen Krankenmaterials mit der Untersuchung darüber sich beschäftigt, bei welchen Krankheiten überhaupt ein Zusammenhang mit Syphilis nachweisbar oder anzunehmen ist. Das Material lieferte

Prof. Erb in Heidelberg; es stammt aus dessen Privatpraxis (1879—91) und umfaßte eine Anzahl von 6000 über 25 Jahre alten Männern. Alle sind gleichmäßig auf Syphilis untersucht, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um progressive Paralyse oder etwa um Magenkatarrh handelte. In den genau ausgeführten statistischen Tabellen der fleißigen Arbeit wurde Schanker, Syphilis, fehlende Infektion genau getrennt.

Das Ergebnis dieser Statistik kann im allgemeinen dahin präcisiert werden, daß es wirklich eine größere Anzahl von Krankheiten giebt, in deren Vorgeschichte die Syphilis mit relativ großen Zahlen vertreten ist, so daß ein ursächlicher Zusammenhang wahrscheinlich wird. Im einzelnen ergiebt sich aus der Zusammenstellung mit einiger Wahrscheinlichkeit folgendes:

1. Die Syphilis ist anscheinend ohne jeden oder doch nur von untergeordnetem Einflusse auf das Entstehen der Paralysis agitans, multiplen Sklerose (Basedowschen Krankheit). Das wird durch das Vorkommen dieser Krankheiten bei Frauen, Jungfrauen und Kindern bestätigt. Dasselbe Verhältnis besteht gegenüber der (progressiven Bulbärparalyse) spastischen Spinalparalyse, den meisten Psychosen — der (Meningitis), Neurasthenie, Migräne, den Beschäftigungs- und traumatischen Neurosen, der Neuralgie und Neuritis (Dystrophia musculorum progressiva), den organischen Erkrankungen des Herzens, Diabetes mellitus, der chronischen Nephritis und Schrumpfniere (und wohl auch für Lebercirrhose und Icterus). Bei einzelnen dieser Krankheiten muß man wegen der kleinen Zahl von Fällen mit Schlußfolgerungen besonders vorsichtig sein, diese sind durch Einklammern kenntlich gemacht.

2. Der Einfluß der Syphilis ist wahrscheinlich von Bedeutung und in einer großen Zahl von Fällen jedenfalls entschieden bei Atrophia nervi optici, Augenmuskellähmung, Aneurysma, Angina pectoris (?), Arteriosklerose, Apoplexie und Hemiplegie, bei einer Reihe von Gehirnkrankheiten, unzweifelhaft bei der Paralyse, bei Tabes und Myelitis, vielleicht auch bei der amyotrophischen Lateralsklerose, Facialislähmung und multipler Neuritis, bei Lumbago und Arthritis.

3. Bei sehr vielen Krankheiten läßt sich aus der vorliegenden Statistik ein bestimmter Anhaltspunkt für die Beurteilung ihres Verhältnisses zur Syphilis überhaupt nicht gewinnen. Das schließt nicht aus, daß bei Entstehung vieler derselben die Lues gelegentlich mitwirkt, so bei Anämie, Carcinom, Dyspepsie, Epilepsie (vielleicht auch bei Nephritis und Diabetes mellitus). Jedenfalls sind über die ätiologischen Beziehungen der Syphilis weitere statistische Nachforschungen wünschenswert.

Neuhaus-München.

Zur Ätiologie der Syphilis, von Gustav Hofmann. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1894. No. 13.) Während heute in der Zeit mikrobiärer Forschungen und Entdeckungen fast niemand mehr daran zweifelt, daß ein Mikroorganismus der Urheber der Syphilis ist, wenn wir auch noch nicht desselben habhaft zu werden vermochten, kommt Verfasser nach eingehenden Erwägungen zu dem Schlusse, daß der ganze Verlauf der Syphilis, wie alle sonstigen Eigenschaften derselben sich in den Rahmen einer mikrobiären Ätiologie nicht fügen. Im ersten Teile seiner Arbeit bemüht er sich, darzulegen, welche Gründe ihn zu der Anschauung geführt haben, daß die Syphilis keine Mikrobienkrankheit sein kann; unter denselben ist besonders das Faktum der Vererbung der Syphilis durch die Spermatozoen ausschlaggebend.

Im zweiten Teile führt der Verfasser an der Hand der Frage der Vererbung aus, daß in toto vererbbar nur „Tendenzen“ und „Dispositionen“ sind, welche aber auch andererseits wie die Syphilis erworben werden können.

Die Syphilis ist ansteckend, braucht deshalb aber noch keine Infektionskrankheit, keine Mikrobienkrankheit zu sein, vielmehr kann das „fixe Virus“ auch an die Zelle gebunden sein, mit deren Überimpfung auch die in ihr vorhandenen Tendenzen und

Dispositionen übergeimpft werden. Für die Vererbung vom Vater auf das Kind ist das Spermatozoon, für die Vererbung von der Mutter auf das Kind das Ovulum das „fixe Virus". Allgemeiner gesagt: Das fixe Virus bei der Vererbung, wie bei der Ansteckung von Person zu Person sind gewisse Zellen des syphilitischen Organismus. Es können eben Zellen des einen Organismus auf einen anderen verpflanzt daselbst Tendenzen anregen, die sie selbst besitzen. Hiermit stehen die Erfahrungen im Einklang, dafs der Belag von Sklerosen, Papeln, Erosionen ansteckend ist, Eiter aber nicht, ebensowenig Harn, Schweifs, Speichel, sofern ihm keine Zellen aus befallenen Papeln beigemengt sind. Sperma ist nicht ansteckend, da die Spermatozoen keine eigene Vermehrungsfähigkeit haben. Das syphilitische Virus behält nicht lange seine Ansteckungsfähigkeit, da die Zellen absterben.

In einem dritten Artikel definiert der Verfasser Tendenzen und Dispositionen als jene Eigenschaften eines Körpers, vermöge deren er befähigt ist, bestimmte Veränderungen an sich hervorzubringen oder zu erleiden oder in einem bestimmten Zustande zu verharren. Der syphilitische Organismus besitzt nun eine veränderte Disposition, eine veränderte Reizbarkeit. Diese krankhafte Tendenz ist an die Zelle gebunden, sie kann von den Eltern auf das Kind, aber auch vom Kinde auf die Mutter (Choc en retour) übermittelt werden, sie kann auf fremde Personen übertragen werden, wenn eine Zelle des luetischen Organismus in einen gesunden verpflanzt wird.

Dieses die Hypothese des Verfassers, die jedenfalls in ihrer kritischen Seite manch Lehrreiches enthält, in ihren positiven Ausführungen wenigstens zum Nachdenken anregt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Syphilis als Degenerationsursache, von Féré. (*Progrès méd.* 1894. No. 18.) Die Deformationen bei den hereditären Syphilitikern gleichen denjenigen, die man in der Teratologie findet. Zu denselben Mifsbildungen führen akute Infektionskrankheiten in der aufsteigenden Linie. Experimentell gelang es Féré, auf Hühnerembryonen mit Toxinen des Bacillus pyocyaneus in 58,33% der Fälle Mifsbildungen zu erzeugen, ein Resultat, das sich demjenigen bei Experimenten mit Alkoholen höherer Ordnung nähert. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Latente Syphilis und unbeachtete Syphilis, von Colombini. (*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 1ff.) Verfasser berichtet aus der Klinik von Professor Barduzzi über Fälle von latenter und in ihren Anfängen unbeachtet gebliebener Syphilis, Fälle, welche für die Praxis eine grofse Bedeutung haben, aber noch nicht genügend gewürdigt sind.

Latente Syphilis.

1. Ein 35jähriger, seit einem Jahre verheirateter Mann erkrankt mit deutlichen Erscheinungen sekundärer Lues. Als Initialaffekt konnte nur ein Ulcus, welches er sechs Jahre früher gehabt und welches damals angeblich keine Sekundärerscheinungen zur Folge hatte, angesehen werden. Der jetzige Ausbruch wurde wahrscheinlich provociert durch Jodkalium, welches wegen einer Synovitis gereicht war.

2. Ein vier Monate altes Kind zeigt 1893 luetische Exantheme; der Vater war 1875—82 luetisch krank gewesen, hatte seitdem aber kein Symptom gezeigt.

3. Ein 1879 luetisch inficierter, seit 1884 vollkommen symptomfreier Patient heiratet 1890. Die Frau zeigt während der Gravidität Erscheinungen von Lues, das Kind wird mit Zeichen hereditärer Lues geboren.

4. Der 30jährige Patient inficiert sich 1882; regelmäfsige Behandlung; 1886 heiratet er, da er seit einem Jahre symptomfrei ist. Das erste Kind wird hereditär luetisch, das zweite sehr lebensschwach, beide im achten Schwangerschaftsmonate geboren. Die Mutter, welche beide Kinder selbst stillte, zeigte niemals die geringste

Läsion, bis 1892 am rechten Arm luetische Affektionen auftraten, die durch Inunktionen geheilt wurden. Der Fall zeigt die lange Latenz einer konceptionellen Syphilis.

5. Ein 32jähriger Gutsbesitzer hat 1891 ein tuberöses Syphilid des Gesichtes. 1884 hatte eine Initialsklerose ohne weitere Folgen bestanden.

Verkannte oder unbeachtete Syphilis.

1. Ein 34jähriger Landarbeiter zeigt papulöse Syphilide. Vor drei Jahren hatte ein kleines Geschwülstchen an der Unterlippe bestanden; noch jetzt war da ein Knötchen fühlbar. Den Charakter dieser Affektion als Initialsklerose hatte man nicht erkannt.

2. Bei einem 45jährigen, seit 20 Jahren verheirateten Manne, Vater gesunder Kinder, entsteht nach einer Kontusion ein Geschwür mit dem deutlichen Charakter eines ulcerierten Gummas; im Pharynx zahlreiche, kleine Ulcerationen; Lymphadenitis; Heilung durch antiluetische Behandlung.

Ähnlich liegt die Sache in den Fällen 3—15; stets war den Patienten das Vorhandensein einer Syphilis nicht bekannt, stets führte Trauma zum Ausbruch luetischer Affektionen. Die hervorgetretenen Erscheinungen spielen sich zum Teil auf Haut und Schleimhäuten, zum Teil im Zentralnervensystem, Lunge etc. ab. Die einzelnen Fälle werden vom Verfasser eingehend besprochen, und manch interessante Bemerkung wird daran geknüpft.

Dafs die Syphilis in ihrem Beginne so leicht verkannt oder übersehen wird, dafür giebt es viele Gründe. Zu denen gehören alle extragenitale Infektionen, die konceptionellen Infektionen, die Unbedeutendheit der Roseola etc. Es ist auch möglich, dafs in manchen Fällen jedes äufsere Zeichen der Syphilis fehlt und nur das Blut und die Gewebe das Virus syphiliticum enthalten.

Der Verfasser zieht aus allen diesen Fällen den Schlufs, dafs nicht stets der Ausspruch „omnis syphiliticus mendax" berechtigt ist, sondern oft die Syphilis auch ihrem Inhaber unbekannt bleibt, und er deshalb bona fide jede Infektion in Abrede stellt, wenn beim Auftreten deutlicher syphilitischer Erscheinungen wir die Anamnese erheben. Man halte sich die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Syphilis stets gegenwärtig. (Die vom Verfasser geschilderten Fälle kommen bei uns in grofser Zahl vor. Da wir gewohnt sind, die Diagnose „Syphilis" fast nur aus dem objektiven Befunde zu stellen und auf die Anamnese möglichst wenig Gewicht legen, brauchen wir uns im Einzelfalle nicht darüber den Kopf zu zerbrechen, ob wir eine „bona fides" oder eine Bestätigung des Ausspruches „omnis lueticus mendax" vor uns haben. Aus praktischen Rücksichten thut man oft gut, sich zu sagen, „in dubiis Lues". D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Beziehungen der Syphilis zu physiologischen und pathologischen Zuständen, von J. Neumann-Wien. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1894. No. 3—4.) Der Einfluss der Syphilis auf das Lebensalter ist besonders bei kongenital oder bald nach der Geburt erkrankten Kindern ein grofser. Kongenitale Syphilis prädisponiert zu Skrophulose, Tuberkulose und besonders zu Rhachitis; sie ist Ursache mangelhafter Entwickelung des Skeletts, späten und geringen Wachstums, schlechter Zähne. Auch geistig bleiben hereditär luetische Kinder oft zurück, zeigen sogar nicht selten geistige Defekte. Die Gefährlichkeit der Syphilis nimmt ab parallel dem fortschreitenden Alter, um aber im hohen Alter wieder zuzunehmen. Die Gravidität begünstigt in der Regel das Entstehen von Papeln an den Genitalien; Quecksilber soll während derselben weniger wirksam sein. Die schweren Folgen der Syphilis für den Foetus sind ja bekannt genug.

Jede Krankheit kann während des Bestehens einer Syphilis auftreten, ebenso wie gegen letztere kein Leiden schützt. Auch fieberhafte Erkrankungen bringen

während ihrer Dauer oft Syphilide zum Schwinden, ebenso wie manches andere Leiden (Psoriasis, Lichen ruber, Scabies etc.); jedoch treten die Syphilide nach Ablauf der Erkrankung wieder hervor. Beobachtet ist aber auch umgekehrt die Entwickelung nässender Papeln an Stelle ausheilender Variolaefflorescenzen (Bamberger); ähnliches sah W. Boeck bei Masern. Geschwächte Individuen mit hereditärer oder erworbener Syphilis unterliegen interkurrenten akuten Krankheiten leichter, als gesunde.

Chronische Leiden, Dyskrasien bewirken zuweilen einen abnorm raschen und schweren Verlauf der Syphilis. Tuberkulöse Personen zeigen schon im Frühstadium schwer heilbaren Lichen syphiliticus, ulceröse und gummöse Formen. Umgekehrt disponiert Syphilis zur Erwerbung der Tuberkulose. Der Übergang tuberkulöser Geschwüre in syphilitische ist beobachtet. Arthritis, Glaukom, Iridocyklitiden, Chorioditiden werden durch Syphilis verschlimmert. Geschwüre und Narben syphilititchen Ursprungs Psoriasis mucosae geben oft Veranlassung zur Entwickelung maligner Neubildungen.

Nichtluetische Hautleiden bei Luetischen rufen an der Stelle ihres Sitzes leicht syphilitische Infiltrate hervor. So sieht man bei gleichzeitiger Psoriasis zentrale luetische Papeln mit peripheren Psoriasisflecken nicht selten kombiniert. Eine Vermischung der Syphilide mit anderen Hautleiden, wie Psoriasis, Lupus (Hybridformen von Verneuil), stellt Verfasser in Abrede.

Über den Einfluſs der Syphilis auf den Wundverlauf sind die Ansichten verschieden. Ricord leugnete jeden Zusammenhang; Swediaur verlangt bei Frakturen stets die Behandlung bestehender Syphilis; Chassaignac u. a. sprechen sogar von einem günstigen Einfluſs derselben, Pyämie soll bei Syphilitischen nicht vorkommen. Die meisten Chirurgen denken jetzt wie Ricord; nur plastische Operationen geben ein schlechtes Resultat. Frische Wunden an luetisch infiltrierten Stellen gewinnen leicht den Charakter luetischer Geschwüre. Allgemeine Kachexie bei vorgeschrittener Syphilis stört den Heiltrieb, zumal bei fortgesetzter Reizung der Wunden; so wird die Tracheotomiewunde bei Syphilitikern ulcerös infolge der Reizung durch die Kanüle. Bei einem jungen Manne verwandelte sich eine durch Stoſs entstandene Wunde an der Tibialkante in ein ulceröses Geschwür. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gewisse Gesichtspunkte zur Sicherstellung der Diagnose auf Syphilis, von J. H. Nicoll-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* April 1894.) N. richtet seine instruktiven Worte hauptsächlich an die Glasgower Studenten, welche, wie es scheint, relativ wenig Fälle von Syphilis in den dortigen Hospitälern zu Gesichte bekommen und deshalb Gefahr laufen, leicht falsche Diagnosen zu stellen. Der Verfasser unterwirft die verschiedenen Methoden und Mittel, um Syphilis mit Sicherheit zu diagnosticieren, einer kritischen Besprechung und zeigt, wie dieselben in den einen Fällen das Richtige treffen, in den anderen aber im Stiche lassen. Die antiluetische Probekur, die Krankengeschichte der Initialsklerose und der darauffolgenden sekundären Symptome, die kupfer- oder dunkelbraune Farbe der syphilitischen Eruptionen, die Gestalt der luetischen Ulcera, namentlich der tertiären Periode, die symmetrische oder bilaterale Anordnung der Läsionen, sie mögen dem geschickten und geübten Untersucher für die Sicherung der Diagnose wertvoll sein, ein ungeübtes Auge dagegen werden sie nicht selten zu Irrtümern verleiten. Worin diese Irrtümer bestehen, wie sie zu vermeiden sind, worin die Schwierigkeiten bestehen, eine kongenitale Lues zu diagnosticieren, und wie dieselben zu überwinden sind, behandelt in anregender Weise die vorliegende Arbeit. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose. (*Rif. med.* 1894. No. 127.) Am Necker-Hospital (Paris) stellte Rendu eine ältere Frau vor, welche neben zahlreichen syphilitischen Symptomen (ausgedehnte Pigmentation, Narben,

Periostitiden, Iritis, Dolores osteocopi etc.) einen Klappenfehler und Infiltration der rechten Lungenspitze aufwies. Fieber und Expektoration fehlten; keine Arterio sklerose; Allgemeinbefinden gut, obwohl der Zustand seit vielen Jahren bestand. Auf Grund dieser verschiedenen Umstände ist R. von der syphilitischen Natur der Lungenaffektion überzeugt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz)*

Seltsame Methoden syphilitischer Inokulation, von W. Judkins-Cincinnati. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* Dezember 1893.) Verfasser zeigt an mehreren Beispielen, wie man sich beim Rasieren oder Haarschneiden an den verschiedensten Stellen mit Syphilis inficieren kann. *C. Berliner-Aachen.*

Über syphilitische Reinfektion. (*Rif. med.* 1894. No. 103.) Aus den widersprechenden Ansichten der verschiedenen Syphilidologen bezüglich der vorliegenden Frage geht hervor, dafs dieselbe jedenfalls nicht als entschieden betrachtet werden kann. Während es nämlich u. a. Gascoyen gelang, 71 Fälle von Reinfectio syphilitica teils aus der Litteratur, teils aus der eigenen Praxis zusammenzustellen, kennen andererseits namhafte Autoren, wie Ricord, Bärensprung, Sigmund, keine solche. In letzter Zeit wurde nun wieder von Eichhorst-Zürich ein Fall von syphilitischer Reinfektion mitgeteilt (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 16). Derselbe betrifft einen 23jährigen Mann, bei dem E. drei Monate nach abgeheilter Syphilis auf eine neue Infektion hin am Penis ein typisches Ulcus konstatierte, auf welches sekundäre Symptome (Lymphadenitis multiplex, Roseola, Schleimhautaffektionen) folgten. Die Therapie hatte denselben günstigen Erfolg, wie bei der erstmaligen Erkrankung.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Reinfectio syphilitica, von Hermann Eichhorst. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 16.) Mit der Frage der Reinfektion hat sich bereits Bartholomeo Maggi 1550 beschäftigt; in neuerer Zeit ist sie häufig der Gegenstand von Mitteilungen geworden. Seit 1877 hat Verfasser 23 Fälle aus der Litteratur zusammengetragen; von diesen ist aber auch nur ein Teil völlig beweiskräftig. Den ersten und einzigen, welchen Verfasser gesehen, berichtet er an dieser Stelle. Der 23jährige Patient zog sich Januar 1893 eine Blennorrhoe und eine Sklerose zu. Im August-September 1893 wurde er in der Klinik behandelt: Sklerose links vom Frenulum, Lymphadenitis, Papeln, Placques muqueuses. Ende September vollkommen geheilt entlassen. Januar 1894 wieder Blennorrhoe, Sklerose an der rechten, oberen Vorhauthälfte, Lymphadenitis, blafsrote, grofsfleckige, reichliche Roseola.

Der Fall wird als beweisend angesehen für die Frage der Reinfektion und illustriert deshalb auch die Möglichkeit einer schnellen Heilung der Syphilis. Der kurze Zwischenraum zwischen beiden Infektionen ist besonders auffallend.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Über extragenitale, syphilitische Infektion spricht O. Petersen im Verein St. Petersburger Ärzte, Sitzung vom 14. Dezember 1893 (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1894. No. 7) und stellt eine 25jährige Frau mit Primäraffekt an der Unterlippe vor. In den letzten Monaten hat der Vortragende noch drei exgenitale Infektionen gesehen an der Tonsille, am Finger (bei einer von einem syphilitischen Cholerakranken gebissenen Heilgehülfin) und an der Unterlippe. In der Landbevölkerung werden 70—80% aller Syphilitischen extragenital inficiert.

Über den erwähnten Fall mit Primäraffekt an der Tonsille berichtet Blessig, dafs das Leiden mit einer Angina tonsillaris mit Belag auf der rechten Mandel begann, sich daran eine Phlegmone der rechten Halsseite schlofs, die zur Eröffnung eines tiefliegenden Abscesses Veranlassung gab. Der Prozefs an der Tonsille kam nicht zur Heilung, es bildete sich eine flache Ulceration mit unreinem Belag und

infiltrierten Rändern. Unter andauerndem, remittierendem Fieber traten dann multiple, schmerzhafte, spindelförmige, subkutane Infiltrationen auf, die sich spontan zurückbildeten. Später entstand ein episkleraler Abscefs, der auch heilte, und dann erst erschien im Gesichte und an der behaarten Kopfhaut das papulös-pustulöse Exanthem. Antiluetische Kur führte zur Heilung. Petersen neigt dazu, neben der syphilitischen Infektion eine weitere (pyämische?) in diesem Falle anzunehmen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Rolland berichtet über einen Fall von **syphilitischem Schanker an der inneren Fläche des unteren Augenlides.** (*Recueil d'ophtalm.* 1894. No. 1.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Harter Schanker der Augenlider, von Panas. (*Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques.* 10. Dez. 1893.) Der Schanker der Augenlider kommt häufiger vor, als man annimmt, wird aber leicht mit Pustula maligna, Kankroid oder Lupus verwechselt. Er hat seinen Sitz gewöhnlich in einem Winkel und ergreift gleichmäfsig das obere und untere Lid. Frühzeitig schwellen sämtliche Drüsen des Gesichts an. Die Behandlung mufs energisch sein; Einspritzungen mit Lösungen von Hydrargyrum bijodatum, innerlich Jodkalium. Man darf das Ulcus nicht ätzen, da sonst leicht Ectropium entsteht. *Türkheim-Hamburg.*

Syphilitischer Schanker der Conjunctiva bulbi, von Vignes. (*Journ. de méd. de Paris.* 13. Mai 1994. *Allgem. med. Centralztg.* No. 50. 1894.) Ein 30jähriger Mann bekam einen roten Fleck auf der linken Conjunctiva bulbi zwischen Caruncula lacrimalis und Cornea; geringes Thränen; nach zehn Tagen Chemosis und dann Entstehen von zwei Geschwüren. Vor dem Ohr bildet sich ein grofser, harter, indolenter, unter der Haut verschieblicher Drüsenknoten.

Trotz des Fehlens des harten Untergrundes hält Verfasser an der Spezifizität der Geschwüre fest. (Der Verfasser mufs grofse Eile mit der Publikation gehabt haben, denn sonst wäre doch nichts einfacher gewesen, als das Auftreten der Sekundärerscheinungen abzuwarten und dann den Fall mitzuteilen. Ohne diese kann die luetische Natur der Geschwüre natürlich nur in den Augen des Verfassers als bewiesen gelten. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen interessanten Fall von Syphilis berichtet Popescú. (*Rev. intern. de bibliogr.* März 1894.) Es handelte sich um eine Frau mit rechtsseitiger Oculomotoriuslähmung: Ptosis, Exophthalmus, Unbeweglichkeit des Auges, das nach innen abgewichen ist, Reaktionslosigkeit der Pupille auf Licht, Diplopie. P. führt die Lähmung auf Kompression des Nerven im Orbitalkanal durch eine Exostose zurück. Antisyphilitische Behandlung. Heilung. (Nach *Il Policlinico.* 1894. No. 13.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Einige seltenere in Busko (Kochsalzschwefelquellen in Russisch-Polen) während der Kursaison 1893 behandelte Syphilisfälle, von Josef Dymnicki. *Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 12.)

1. Patient, 42 Jahre alt, 1887 infiziert, 1888 mit Erfolg behandelt, zeigte 1893 starke Kopfschmerzen, Vertigo, partielle Taubheit, Mydriasis, Appetitlosigkeit. Daneben bestanden eine Sklerose am Präputium, indolente Bubonen, trockene Papeln an den Nasenflügeln. Inunktionen und Schwefelbäder bringen Heilung; nur die Mydriasis wurde nicht ganz beseitigt. Verfasser glaubt, dafs es sich um eine zweifellose Reinfektion handelt.

2. Patient, 38 Jahre alt, 1886 infiziert; seit 1887 verheiratet. Die Frau gebar eine macerierte Frucht. 1892 erkrankt er an täglichen Frostanfällen, ohne Erhöhung

der Körpertemperatur; Abmagerung, Vergrößerung der Milz, etwas Vertigo. Chinin und Arsenik versagen, Inunktionen bringen Heilung.

3. Patient, 36 Jahre alt, 1890 infiziert, zeigt 1892 Erscheinungen von Nervenirritation, Schlaflosigkeit, melancholische Stimmung und beständige Tachykardie Nervina, laue Bäder etc. versagten, eine Inunktionskur brachte dauernde Heilung.

4. Patient, 27 Jahre alt, 1889 infiziert, bekam 1892 beiderseitige, schmerzhafte Gonitis, die man ohne nennenswerten Erfolg sieben Monate mit Antirheumaticis und Massage behandelte. Erst Inunktionskur brachte Heilung.

5. Patient, 45 Jahre alt, 1887 infiziert, mangelhaft behandelt, wurde 1888 durch Inunktionen von Onychia ulcerosa geheilt. 1892 Gonitis dextra, die auch erst derselben Behandlung wich.

6. Patient, 42 Jahre alt, 1883 infiziert, mangelhaft behandelt, bekam 1886 eine Gonitis, die, nachdem alles versucht war, erst der Inunktionskur wich. 1893 Entzündung des rechten Schultergelenks, die durch dieselbe Therapie geheilt wurde.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Ätiologie der Syphilis maligna pecox, von J. Moreira. (Dissertation. Bahia. 1894.) Nach Verfasser sind hierbei im wesentlichen zwei Faktoren in Betracht zu ziehen:

1. Der Einfluſs des Syphilismikrobien, indem eine verstärkte Virulenz des syphilitischen Giftes bei verminderter Resistenz des Organismus die Ursache für einen malignen Verlauf der Krankheit abgiebt.

2. Der Zustand des Organismus als Nährboden und die Veränderungen desselben. Als solche nennt Verfasser den Alkoholismus, die Malariakachexie, die Skrophulo-Tuberkulose, den Skorbut, den Diabetes, die Gicht, den Brightismus, den „Herpetismus", die Altersextreme, den Puerperalzustand, den Mißbrauch und die Insuffizienz der Funktionen, den Mangel an Behandlnng, das Klima; diesem letzteren Faktor widmet Verfasser den längsten Abschnitt seiner Arbeit. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von Syphilis maligna mit tödlichem Ausgange, von A. E. Roussel. (*The Americ. Lancet* Oktober 1893.) Der 40jährige Patient erkrankte im Anschluſs an phagedänischen Schanker mit heftigem, rheumatischem Fieber, Schwellung der rechten Tibia. Unter antiluetischer Behandlung schwanden Kopfschmerzen und Fieber, dagegen stellte sich hochgradige Ulceration und Nekrosis des harten Gaumens und des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers ein. Unter den Symptomen, wie es scheint, eines komplicierten Diabetes ist Patient nach Ablauf eines Jahres gestorben. Der Urin war auf Zucker nicht untersucht worden. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Syphilid mit bemerkenswertem klinischen und anatomischen Befund demonstriert Jadassohn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 10.) Bei einer Prostituierten mit Sekundärerscheinungen, welche mit Thymolquecksilber behandelt wurde traten zuerst am rechten Oberschenkel hellere, bald dunkelbraunrot werdende, schnell zu Daumennagelgröſse anwachsende, mäſsig erhabene, auffallend weiche, rundliche Efflorescenzen auf, denen sich kleinere, hellere, derbe Knötchen, zum Teil gruppiert, zugesellten. Gleichzeitig Symptome von Tuberculosis pulmonum. Die Kur konnte mit Rücksicht auf die letztere nur eine milde sein. Excidierte Stücke zeigten rundzellige Infiltration mit eingelagerten Epitheloid- und Langhansschen Riesenzellen: einem Meerschweinchen intraperitoneal eingeimpft, erzeugten sie keine Tuberkulose. Allmählich breiteten sich die kleinen Knötchen fast über den ganzen Körper aus; ein Teil heilte mit narbenähnlicher, dunkelpigmentierter Atrophie ab. An einzelnen Stellen finden sich unter lebhaften Entzündungserscheinungen tiefer sitzende, derbe, bis kirschgroſse Knoten, die sich zum Teil spontan involvieren, zum Teil zu kleinen Ulcerationen

zerfielen. Die Efflorescenzen sind zum Teil spontan und besonders auf Druck empfindlich. Eigentümlich sind bei diesem Falle:

1. die zuerst aufgetretenen, weichen, lupusähnlichen Herde, die sich mit oder ohne Quecksilber involvierten;

2. die tuberkulöse Struktur dieser, wie das Experiment beweist, nicht tuberkulösen Bildungen;

3. der sehr chronische Verlauf, die geringe Reaktion auf Quecksilber, das Auftreten bei sekundärer Lues. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Ulcus elevatum des Gesichts, von D. W. Montgomery. (*Med. News.* 23. Oktober 1893.) Ein 28jähriger Kellner hatte durch einen Fall auf der Straſse eine kleine Verletzung am Kinn erlitten; bald nachher entstand an dieser Stelle eine juckende Papel, welche infolge Kratzens sich immer noch vergröſserte. Das Aussehen bei der Aufnahme erinnerte an ein ulceriertes Sarkom oder an Tinea Kerion, doch ergab sich aus den übrigen Erscheinungen und dem weiteren Verlauf, daſs es sich hier um ein hypertrophisches Primärsyphilid handelte. Auf der Brust und dem Bauche fand sich ein charakteristischer, makulöser und papulosquamöser Ausschlag. Bei antisyphilitischer Behandlung (Pillen von Jodquecksilber, lokale Einreibung mit Hg-Salbe) trat Besserung ein. Wie eigentlich die Infektion hier zu stande gekommen war, blieb unklar. *Philippi-Nieheim.*

Halpern beschreibt (*Gaz. lekarska* 1893. No. 40) einen Fall von **oberflächlicher Ulceration eines Gumma,** bei dem die Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose in Anbetracht eines gleichzeitigen Bestehens einer beiderseitigen Lungenspitzeninfiltration nur ex juvantibus festgestellt werden konnte.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von Syphilis haemorrhagica neonatorum, von W. E. Conroy. (*New York med. Journ.* 21. April 1894.) Eine 21jährige II. Para hatte ein anscheinend völlig gesundes, voll entwickeltes Kind geboren. Am dritten Tage (55 Stunden) post partum traten mehrere Pusteln erst am Halse, dann am Gesicht, Kopf und an den Schultern hervor. Bei spontaner oder operativer Eröffnung bluteten dieselben stark. Fieber. Im weiteren Verlauf traten Blutungen auch aus dem rechten Ohr, Magen, der Scheide, Blase, dem Mastdarm, der Nase und den Konjunktiven auf. Tod erfolgte am sechsten Tage p. p. Seit dem dritten Tage waren Hg-Einreibungen, aber ohne allen Erfolg, angewandt worden. Der Vater des Kindes war acht Jahre zuvor infiziert gewesen, hatte aber in den letzten sieben Jahren nichts Krankhaftes bemerkt. Die Mutter war völlig gesund. Das erste Kind war, sieben Wochen alt, gestorben, nachdem es einige Tage nach der Geburt kleine „Pusteln" entwickelt hatte.

Philippi-Nieheim.

Syphilis des Pharynx, von Cautaz. (*Arch. intern. de Laryng.* 1893.) Cautaz beschreibt einen Fall von Verwachsung des Gaumensegels mit der Rachenwand infolge von Syphilis und läſst sich eingehend über die Folgestände — Rhinitis catarrhalis und Taubheit, beides durch Schleimansammlung bewirkt — aus. Die Behandlung der Verwachsung ist schwierig und wenig dankbar. Die chirurgische Loslösung empfiehlt sich höchstens da, wo keine narbigen Brücken oder fibrösen Stränge bestehen und wo der Nasenteil des Pharynx nicht geschrumpft ist. *Türkheim-Hamburg.*

Glossitis secundaria tardiva, von Jullien. (*Bull. med.* 1894. No. 15.) Manche luetische Affektion, die am Ende der Sekundärperiode ohne Exanthem auftritt, ist schwer als solche erkennbar. Ein junger Mann zeigt seit einem Jahre eine hartnäckige Affektion des vorderen Viertels der Zungenoberfläche; rechts eine frankgroſse, wie glasiert aussehende Stelle, umgeben von einer kleinen Fissur, links kreisförmig

angeordnete Schrunden, zu einer gelblich gefärbten Depression von Erbsengröfse hin ziehend; Resistenz, aber keine Induration; heftige Schmerzen. Es war Tuberkulose-Gicht, Diabetes diagnostziert worden, die wahre Ursache war aber eine vor sechs Jahren erfolgte luetische Infektion, auf die sonst nur leicht narbig veränderte, ganz leicht schuppende, kupferfarbige Stellen an der Planta pedis deuteten. Diese wie die Zungenaffektionen schwanden prompt nach Kalomelinjektionen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vollständige Zerstörung des Naseninnern durch syphilitische Erkrankung, von JOHN DUNN. (*New York med. Journ.* 20. Januar 1894.) Bei einer 23jährigen Patientin, Mulattin, Mutter von zwei Kindern, konstatierte Verfasser ein vollständiges Fehlen des gesamten Innern der Nase. Das Septum osseum und cartilagineum, die Ossa turbinata, ethmoidea, die Scheidewände der Antra Highmori, kurz alles war verschwunden vom Nasengrund bis an die Septa cribriformia hinauf. Die Frau war, wie es scheint, einige Jahre zuvor an Syphilis erkrankt und wahrscheinlich ohne jegliche Behandlung geblieben. Seit zwei Jahren, als das letzte Knochenstück sich aus der Nase ablöste, hat sie sich ganz wohl befunden. *Philippi-Nicheim.*

Syphilis der oberen Luftwege, von T. H. BRYAN. (*New York med. Journ.* 16. Dezember 1893.) Kritischer Bericht über folgende drei Fälle:

1. Syphilitische Neurose des Larynx. Es handelte sich um eine verheiratete Dame aus den besseren Ständen, welche bereits drei Jahre an der Diagnose Larynxtuberkulose behandelt worden war. Es bestanden hochgradige Kachexie, Atembeschwerden, Aphonie und quälender Husten mit gelegentlicher Entleerung von dickem, zähem Schleim. Die Epiglottis war zur Hälfte wegulceriert, die Stimmbänder fast ganz zerstört, und in der Trachea waren verschiedene Narben zu sehen. Relativ schnelle Besserung auf Jodkalium in steigenden Gaben bis zu 4,8 pro die. Seit nunmehr zwei Jahren leidliches Befinden.

2. Abscedierende syphilitische Tonsillitis. Ein 45jähriger Herr kam mit Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Anschwellung und graulichem Belag an der linken Tonsille in Behandlung. Die Symptome hatten bereits vier Wochen bestanden, und in der fünften entwickelte sich gleichzeitig mit dem Durchbruch des Abcesses ein charakteristischer, makulöser Ausschlag. Schliefslich erfolgte unter Jodkalium vollständige Heilung.

3. Kongenitale Syphilis des Pharynx und Larynx. Die zwölfjährige Patientin war die Tochter einer syphilitischen Mutter, aber eines gesunden Vaters. Sie hatte mit neun Jahren die ersten Erscheinungen des Leidens entwickelt, Keratitis interstitialis fast bis zur vollständigen Blindheit, ferner Taubheit und eine Entzündung an der Nase. Seitdem waren Husten und Halsschmerzen hinzugekommen. Allgemeiner Habitus leidend; am weichen Gaumen und im Nasenrachenraum Geschwüre, desgleichen an der Epiglottis, welche zur Hälfte, und an der rechten Tonsille, welche gänzlich zerstört war. Die ary-epiglottischen Falten waren stark geschwollen. Unter Hg und Jodkalium erfolgte eine wesentliche Besserung. *Philippi-Nicheim.*

Über syphilitische Pleuritis, von L. RAYNAUD. (*Bulletin méd. de l'Algérie.* 10. Febr. 1894.) Dieselbe zeigt folgende Merkmale:

1. Sie entwickelt sich in den ersten Monaten, selbst im Verlaufe des ersten oder zweiten Jahres der Infektion.

2. Sie koincidiert mit einer Roseolaeruption oder mit Plaques muqueuses.

3. Der seröse Erguſs ist nicht bedeutend.

4. Sie geht rascher Heilung entgegen unter dem Einflusse einer antisyphilitischen Behandlung. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Gumma der Lunge, von J. A. Thompson. (*Medical Record.* 1893. S. 522.) Die 22jährige Patientin hatte sich mit 18 Jahren ihre Syphilis geholt und wurde nur unvollkommen behandelt. Im April 1891 traten die ersten Lungensymptome auf. Patientin bekam Husten mit hektischem Fieber; Schmerz unterhalb des rechten Schulterblatts, woselbst das Atemgeräusch fehlte. Reichlicher, äufserst stinkender Auswurf, der alle Bestandteile eines Gumma, aber keine Tuberkelbazillen enthielt. Abmagerung, heftiger Husten mit Blutspeien.

In die Trachea wurden täglich 4 g einer Flüssigkeit eingegossen, die 1% Guajacol und 2% Menthol in Albolin gelöst enthielt; innerlich wurde Jod gereicht. Das Ergebnis war ein zufriedenstellendes. *Türkheim-Hamburg.*

Differential-Diagnostik zwischen Lungensyphilis und Lungentuberkulose, von Dr. Rendu. (*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 27.) Die Untersuchung einer alten, armen, sehr elenden Frau ergiebt hinten über der rechten Lungenspitze eine Induration ohne Katarrh, Mitral-Insuffizienz, Arterien nicht rigide, nicht geschlängelt, Gesicht gedunsen, keine Albuminurie.

Auf der Haut Pigmentierungen und Narben als sichere Zeichen von Syphilis; dazu schmerzhafte Anschwellung der Nase, Iritis, nächtliche Knochen- und Kopfschmerzen.

Verfasser führt des weiteren aus, dafs die Endocarditis und auch die Lungenaffektion nur auf Syphilis beruhen können. Für Lungensyphilis sprechen lange Dauer, Mangel an Expektoration, subjektive Beschwerden und Fieber.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zum Studium der funktionellen Magenstörungen bei Syphilis und ihrer Behandlung, von P. de Tullio. (*Il Policlinico.* 1894. No. 12.) Gestützt auf die klinische Untersuchung einer Reihe von Syphilitikern mit Magenstörungen kommt Verfasser zu folgenden Schlufsfolgerungen:

1. Wie der gesamte Organismus, so werden bei der Syphilis auch die Magendrüsen von krankhaften Prozessen ergriffen. Dies giebt sich kund in Gestalt verschiedener Verdauungsstörungen, zumal bei solchen Patienten, welche zur Zeit der luetischen Infektion bereits magenkrank waren.

2. Nach der klinischen Beobachtung und der chronischen Untersuchung des Mageninhalts zu schliefsen, mufs als wirksamstes Mittel das gelbe Quecksilberjodid betrachtet werden, das sich als vorzügliches Antilueticum bewährt hat und welches die Funktion der Pepsindrüsen wiederherstellt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

d. *Malleus.*

Einen Fall von Rotz berichtet Langerhans in der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung vom 23. Mai 1894. Ein 39jähriger, bei Pferden beschäftigter Arbeiter starb nach vierwöchentlicher Krankheit. Die Sektion ergab: Rotzknoten verschiedener Gröfse in Haut, Unterhautzellgewebe, Skelettmuskulatur, Respirationsapparat, Milz, beiden Hoden, linken Nebenhoden, Periost des Schädeldaches; aufserdem Osteomyelitis malleosa und eiterigen Erguls im rechten Kniegelenk (ohne Knoten). Die Knoten waren auf dem Durchschnitte trübe, gelblich-grau, ziemlich trocken; sie wurden von einem breiten, dunkel- bis schwarzroten Hofe umgeben. Nur einzelne in Haut und Muskeln waren schon vereitert. Kein Knoten der Schleimhaut (in Trachea, Nase und deren Nebenhöhlen) war ulceriert. Gehirn, Herz, Leber, Nieren, Harnleitungsapparat, Digestionskanal waren frei. Die Kultur und Impfung ergab positive Resultate.

Klemperer berichtet über die bei diesem Kranken, der drei Tage vor seinem Tode bewufstlos in die Klinik gebracht wurde, angestellten Beobachtungen. Klinisch

sind die zahlreichen Petechien auf der auf schwachen Druck sehr schmerzhaften Haut hervorzuheben. Kulturell hatten sie aus dem Eiter eines Knotens einen eitererregendes Diplococcus und kurze Stäbchen erhalten. Die Agarkulturaufschwemmungen des letzteren töten in der Dosis von 0,05, resp. 0,3 weiſse Mäuse und Meerschweinchen in 24 Stunden. 0,1 der bacillenhaltigen Ascitesflüssigkeit dieser Tiere macht, intraperitoneal Meerschweinchen beigebracht, dieselben sehr krank, wobei sich die Hoden röten und sehr anschwellen; die Tiere sterben nach 5—8 Tagen. Man findet die Hoden im Beginne eiteriger Einschmelzung. Die klinische Diagnose des Rotzes ist stets nur mit groſser Wahrscheinlichkeit zu stellen; die bakteriologische erfordert auch längere Zeit.

Max Wolff hat auch den Eiter untersucht. Wenn Klemperer auch die Infektion der gegen Rotz immunen weiſsen Mäuse gelang, so mag es sich wohl doch um eine Vermengung der Kulturen mit den erwähnten Diplokokken gehandelt haben.

Er hat bei dieser Gelegenheit geprüft, ob die kleinen, oft bei Rotzbacillen gefundenen, weiſsen Stellen als Sporen gedeutet werden dürfen. Er glaubt dieses nicht, da es nicht gelingt, durch Aussetzen der Kulturen einer Temperatur von 100° C. im Dampfsterilisierungsapparate während mehrerer Stunden diese Stellen dazu zu bringen, Farbstoffe aufzunehmen, was gelingt, wenn es sich um Sporen handelt.

Jessner-Königsberg.

Verschiedenes.

Antwort auf die Anfrage in No. 8 dieses Bandes. Ich bediene mich seit Jahren mit gutem Erfolge der folgenden Lösung zur Entfernung von Höllensteinflecken aus der Kleidung:

℞ *Hydrarg. bichlor. corros.*
Ammon. chlorat. aa 5,0
Aq. dest. ad 50,0
MDS.

Die Flecke werden mittels eines damit befeuchteten Leinenläppchens leicht betupft und gerieben und verschwinden aus Herrenanzügen fast momentan, auch „in veralteten Fällen“; ebenso lassen sich die Flecke aus leinenen, baumwollenen und wollenen Hemden, desgl. aus Handtüchern rasch und sicher damit entfernen. Schädliche Wirkungen auf Stoff oder Farbe desselben sah ich nie; ein Patient, dem ich die Lösung zur Entfernung der Flecke aus seiner Bettwäsche gab, behauptete allerdings, es habe Löcher gefressen. Ich selbst habe dies, wie gesagt nie bemerkt, trotz allerlei Versuchen an starkem und dünnem Leinen etc. Nur aus meinen hellen Piquéwesten wollen die Flecken nicht heraus, wenigstens nicht ordentlich und gründlich, vielleicht eine Idiosynkrasie, die andere bestätigen können! — oder auch nicht. Endlich kann man die Lösung auch zur Entfernung der schwarzen Flecke an den Fingern benutzen: dieselben werden weiſs-gelb und verschwinden bald, obgleich mir hierfür das Verreiben eines Jodkaliumkrystalles mit etwas Wasser entschieden praktischer und wirksamer erscheint.

Dr. F. Hahn-Bremen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XIX. No. 12. 15. Dezember 1894.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Die Darstellung des Hyalins in der Oberhaut.

Von

P. G. Unna.

Die Oberhaut und ihre Anhänge produzieren sehr häufig hyaline Produkte, teils indem sich innerhalb der vergrößerten Epithelien hyaline Ballen absondern, die sich vergrößern und zu Anschwellungen und mannigfachen Deformationen der Epithelzellen führen, teils indem sich die letzteren in toto in hyaline Schollen umwandeln. Geschieht das letztere an der Grenze gegen die Cutis hin, wie beispielsweise beim Lichen, beim Ulerythema centrifugum (sog. Lupus erythematosus), so zerstreuen sich die aus ihrem Verbande gelösten hyalinen Schollen oft im Bindegewebe und sind dann ohne eine gute Färbemethode schwer als Epithelabkömmlinge zu erkennen. Findet es dagegen innerhalb von nävusartigen Epithelsprossen statt, welche die Cutis durchziehen (Syringadenom, Akanthoma adenoides cysticum), so führt ihre Ansammlung zur Bildung von kleinen, konzentrisch geschichteten Cysten. Diese hyalinen Produkte stellen jedoch ein zu seltenes und spärliches Untersuchungsmaterial dar, als daß sich daran systematische Färbeuntersuchungen anstellen ließen, ausreichend, um zum Vergleiche mit dem Hyalin und Kolloid der bindegewebigen Teile der Haut zu dienen. Hierzu sind wir wieder — analog der Aktinomykose und senilen Degeneration im vorigen Artikel — auf solche häufig vorkommenden Dermatosen angewiesen, bei denen hyalines Material auf jedem Schnitte im Epithel reichlich angetroffen wird. Es sind dieses die schon im vorigen Artikel genannten Affektionen: einerseits das Epithelioma contagiosum, andererseits gewisse zur hyalinen Degeneration neigende Carcinome; als ein solches diente mir ein Carcinom auf dem Boden von Xeroderma pigmentosum.

Die hyaline Umwandlung der Stachelzellen beim Epithelioma contagiosum habe ich bereits ausführlich in meiner Histopathologie der Haut besprochen, auf die ich in Bezug auf die histologischen Details verweisen muß. Es geht aus dieser Schilderung hervor, daß die Entstehung des

bekannten ovalen Hyalinkörpers, welcher die fertige Hornzelle nahezu erfüllt (des sog. Molluscumkörperchens) den im vorigen Artikel besprochenen Hyalinkörpern der Bindegewebszellen sehr ähnlich ist. Hier wie dort beginnt der Prozefs mit einer Anschwellung der Zelle und einer wolkigen Trübung des Protoplasmas, welches die basischen Farben weniger gut aufnimmt. Hier wie dort sind an dem Prozesse unbeteiligt, 1. ein Rest des Protoplasmas, welcher netzförmig oder wabenförmig die hyalinen Klumpen ausscheidet, 2. die Zellenmembran, welche noch lange die Hyalinkörper zusammenhält und bei den Epithelien sogar durch ihre reguläre Verhornung jene auf die Dauer einkapselt, und 3. der Kern, welcher passiv in das Hyalin eingeschlossen wird und von dem ein stark tingibler, geschrumpfter Rest noch lange — auch bei den Epithelien — persistiert. Hier wie dort ist endlich die Entstehung einer ganzen Gruppe von sich gegenseitig abplattenden, facettierten Körpern die Regel, während das Vorhandensein weniger grofser Hyalinkörper oder eines einzigen eiförmigen Körpers die Ausnahme bildet. Diese Thatsache ist bei den hyalin entartenden Bindegewebszellen leicht zu konstatieren, da hier die Zellenmembran meistens nachgiebt und die Hyalinkörper, vom Drucke befreit, in Form von verschieden grofsen Kugeln auseinanderfallen. Aber auch bei den dauernd durch die verhornte Schale zusammengehaltenen Hyalinkörpern des Epithelioma contagiosum läfst sich mittelst einer guten Protoplasmafärbung stets der die einzelnen Hyalinkörper trennende Protoplasmarest nachweisen. Würde hier die Hornmembran zerstört werden, so würden die sog. Molluscumkörper ebenfalls in einen Haufen kleiner, sich abrundender Hyalinkörper zerfallen. Ein wesentlicher Vorteil für das Studium der hyalinen Degeneration den Bindegewebszellen gegenüber besteht bei dem Epithelioma contagiosum in dem langdauernden Zusammenhalt und der regelmäfsig schichtenartigen Aufstapelung der in verschiedenen Stadien der Degeneration begriffenen Zellen, so dafs nicht allein alle Degenerationsphasen in jedem Schnitte nebeneinander zu sehen sind, sondern die Höhenlage einer Zelle auch mit voller Sicherheit schon ihr Alter angiebt. Hier läfst sich mithin mit einer sonst in der Histologie nicht gewöhnlichen Sicherheit die Entwickelungsreihe der degenerierenden Epithelzellen angeben, und ich finde für meine Darstellung des entsprechenden Prozesses an den Bindegewebszellen eine sehr erwünschte Bestätigung in ihrer strikten Analogie mit der Entwickelungsreihe der Hyalinkörper des Epithelioma contagiosum.

A. Säurefuchsin.

Bei der VAN GIESON-ERNSTschen Methode zeigen die Hyalinkörper ein dunkles, ins Rot spielendes Orange auf denselben Schnitten, auf denen das Kollagen blaurot gefärbt ist. Hier würde mithin nach ERNSTS Vorschlag

der Name Kolloid am rechten Orte sein, da es sich um degenerierte Epithelien handelt; aber genau dieselben Farbendifferenzen fanden wir bereits an den Hyalinkörpern der Bindegewebszellen bei der Aktinomykose. Waren wir dort gezwungen, dem Degenerationsprodukt den Namen Hyalin zu lassen, so müssen wir dasselbe auch hier als solches bezeichnen. Ich betrachte die Orangefarbe auch hier als ein Zeichen, dafs das Hyalin noch viel von dem tinktoriellen Charakter des Epithelprotoplasmas sich gewahrt hat, aus dem es entstanden ist.

Bei meiner Säurefuchsin-Pikrin-Methode sind die Differenzen im Rot beim Hyalin und Kollagen lange nicht so krafs, dafür hebt sich aber wiederum das Protoplasma in reinem Gelb scharf von seinen Degenerationsprodukten ab. Eine Hämatëin-Vorfärbung ergiebt bei dieser Methode ausgezeichnet gute Übersichtsbilder. Der grofse Kernreichtum des fast nur aus Epithel bestehenden Schnittes bedingt es, dafs das Hämatëin sich nur auf die Kerne wirft, und so erhalten wir ein buntes und doch scharf gezeichnetes Bild, in welchem das Hyalin rotorange, das Protoplasma gelb, die Kerne und das Keratohyalin blau und das spärliche kollagene Gewebe karminrot gefärbt sind.

Sehr gute Präparate liefert auch die einzeitige Doppelfärbung mit der Säurefuchsin-Hämatëin-Lösung: Hyalin karminfarben, Kerne und Protoplasma violett, Kollagen rosa.

B. Karbolfuchsin, Safranin, Gentianaviolett.

Das für die Darstellung der Hyalinkugeln im Bindegewebe so brauchbare Fuchsin giebt bei denen des Epithelioma contagiosum nur eine sehr schwache und absolut ungenügende Rotfärbung, selbst unter Hinzuziehung von Beizen (Tannin). Nur die in vollkommen verhornter Schale eingeschlossenen, ältesten Hyalinkörper halten das Fuchsin gegenüber Alkohol und Anilin fest; die hier an Masse überwiegenden jüngeren Hyalinmassen der noch nicht aufsen verhornten Stachelzellen dagegen zeigen sich fast ungefärbt. Es tritt hier scheinbar ein starker Gegensatz zwischen Epithel- und Bindegewebshyalin hervor; in Wirklichkeit ist derselbe aber nicht so bedeutend. Man mufs eben nicht vergessen, dafs beim Epithelioma contagiosum das Interesse ganz vorzugsweise den jüngeren Stadien der Degeneration zugewandt ist, welche hier an vielen grofsen, dicht gedrängt liegenden Zellen gleichzeitig im selben Schnitte sichtbar werden. Von diesen jüngeren Stadien haben wir aber auch beim Bindegewebshyalin gesehen, dafs sie im allgemeinen mehr Neigung für saure als für basische Farbstoffe hegen. Es gelang uns ja auch auf verschiedene Weise, durch Doppelfärbungen gleichzeitig die älteren Hyalinkörper mit basischen, die jüngeren und das Protoplasma mit sauren Farbstoffen zu färben. Der Basophilie der in Hornkapseln eingeschlossenen, ältesten Hyalinkörper

entspricht die ganz allgemeine Thatsache, dafs alle trockenen Substanzen die basischen Farben im allgemeinen bevorzugen. Nicht nur die Hornschicht, sondern auch eingetrocknete Oberflächen des Bindegewebes und getrocknete Serumkrusten, ja alle künstlich eingetrockneten Stellen der Präparate halten Karbolfuchsin, Safranin, Methylenblau etc. mit Zähigkeit selbst starken Säuren gegenüber fest. Dafs mithin die älteren in verhornte Schalen eingeschlossenen Hyalinklumpen des Epithelioma contagiosum basophil sind, ist nicht wunderbar. Es drängt sich vielmehr umgekehrt der Mangel an Basophilie (neben ausgesprochener Acidophilie) der jüngeren Hyalinkörper hier in den Vordergrund, weit mehr als bei der hyalinen Degeneration der Bindegewebszellen, wo dieselbe Beobachtung auch, aber nur an spärlichen, zerstreuten Zellen gemacht werden konnte. Dort werden die Endprodukte der hyalinen Umwandlung nicht nach aufsen abgestofsen, sondern häufen sich in den Lymphspalten der Cutis zu mächtigen Massen an, während die Ursprungsstätten in vereinzelten Übergangszellen aufgesucht werden müssen. Man erhält daher schon ähnlichere Färbungsresultate bei beiden Arten hyaliner Zellen, wenn man mit Vorbedacht nur Gewebsteile mit den frühesten Stadien der aktinomykotischen Degeneration zum Vergleiche mit dem Epithelioma contagiosum benutzt.

Dieselben Erfahrungen macht man bei Anwendung von Safranin- und Gentianaviolett. Nur die in Hornkapseln eingeschlossenen, ältesten Hyalinkörper halten diese basischen Farben fest. Auch die Beizung mit Tannin und Jod fixiert dieselben auf den jüngeren Hyalinkörpern nicht genügend. Bei einer Vorfärbung der mit Gentianaviolett und Jod zu behandelnden Schnitte mittelst Eosins (und Entfärbung in Anilin-Xylol) halten die Hyalinkörper nur das saure Eosin fest.

C. Methylenblau.

Besser als die genannten basischen Farben reagiert das Methylenblau auf das Hyalin des Epithelioma contagiosum. Doch mufs man auch hier wie beim Bindegewebshyalin Beizen hinzuziehen, von denen hauptsächlich Jod und Tannin, in zweiter Linie erst Pyrogallol und rotes Blutlaugensalz in Betracht kommen.

Bei Behandlung der stark mit polychromer Methylenblaulösung überfärbten Schnitte mit schwach jodiertem Alkohol bleibt das Hyalin — wie bei den Bindegewebszellen — in blauer Farbe gefärbt. Ganz merkwürdig reagiert aber das Methylenblau bei nachfolgender Tanninbeize auf das Hyalin; dasselbe wird schön violett, während alle übrigen Substanzen sich blau gefärbt zeigen. Diese Reaktion tritt in minder gut zu verwertender Weise auch bei der Behandlung mit Pyrogallol und rotem Blutlaugensalz ein. Sie ist bei der Tanninbeize so scharf auf den hyalin

degenerierenden Teil des Protoplasmas beschränkt, dafs sich einerseits schon die allerersten Spuren von Hyalin in den basalen Lagen der Stachelschicht durch ihre violette Farbe kundgeben, andererseits auch die letzten Spuren des unveränderten Protoplasmas noch als ein dunkelblaues Netz in den älteren dunkelvioletten Hyalinkörpern erhalten zeigen. Diese metachromatische Violettfärbung teilt das Epithelhyalin mit dem Keratin, den roten Blutkörperchen und gewissen eigentümlichen Kernen der Cutis und des Hypoderms, von denen die ersteren eine ovale Gestalt und besondere Gröfse, die letzteren die Form einer dreieckigen, im Zentrum durchlochten Platte besitzen. Dem Hyalin der Bindegewebszellen ist diese Färbung jedoch fremd.

Überblicken wir die genannten Farbenreaktionen und zugleich die Struktur des Hyalins, so kann, glaube ich, kein Zweifel obwalten, dafs zwischen demselben und dem Hyalin der Bindegewebszellen bei der Aktinomykose (dem Rhinosklerom etc.) eine so weit gehende Analogie stattfindet, dafs man fast von Identität sprechen könnte. Der Beginn im Innern des Zellenleibes zur Seite des Kernes mit einer wolkigen Trübung des bis dahin körnigen Protoplasmas, welches gleichzeitig seine Basophilie (dunkelblaue Körnung bei Methylenblaufärbung) verliert, das Homogenwerden des Protoplasmas in diskreten Herden, so dafs dazwischen ein Netz unveränderten Protoplasmas bestehen bleibt, die völlige Umwandlung dieser Herde in hyaline Klümpchen, welche allmählich wieder stärker basophil und durch die unveränderte Zellenmembran zusammengehalten werden, die Passivität des Kernes bei diesem Vorgang — alle diese Symptome sind beiden Prozessen gemeinsam, und es gehören schon besondere Farbenreaktionen dazu, um zu erkennen, dafs das Epithelhyalin im allgemeinen später und weniger stark basophil wird und sich durch eine spezielle Vorliebe für das Methylenviolett auszeichnet. Diese Verschiedenheiten in einigen Farbenreaktionen kommen gegenüber dem nahezu identischen Gange der Degeneration und der Identität der Hauptreaktionen (Säurefuchsin) nicht in Betracht. Sie erscheinen sogar geringer und jedenfalls nicht gröfser als die gegebenen Unterschiede zwischen dem Protoplasma der Epithelien und dem der Bindegewebszellen.

Wir werden daher auch wohl nicht fehlgehen, wenn wir in den Epithelien als Muttersubstanz des Hyalins (beim Epithelioma contagiosum) das Granoplasma betrachten, wie bei den Bindegewebszellen (bei der Aktinomykose). Wenn sich dort leicht der Nachweis führen läfst, dafs nur die an Granoplasma überreichen Plasmazellen hyalin entarten, so spricht hier für eine einseitige Beteiligung des Granoplasmas in den Epithelien an dieser Art der hyalinen Degeneration, dafs die ersten Anfänge des Hyalins gerade so wie das Granoplasma der Epithelien einseitig (gewöhnlich distal) angehäuft sind. Im allgemeinen kann man überdies

für beide Zellenarten als Beweis der ausschliefslichen Beteiligung des Granoplasmas noch anführen, dafs stets zwischen den hyalinen Klumpen ein Netz von Protoplasma erhalten bleibt, welches sehr an die netzförmige Struktur des Spongioplasmas erinnert, und dafs die Zellenmembran, die immer den Charakter des Spongioplasmas, nie den des Granoplasmas aufweist, auch stets von dieser hyalinen Degeneration verschont bleibt.

Auch über die hyaline Degeneration der Carcinomepithelien finden sich bereits in meiner Histopathologie der Haut detaillierte Angaben, auf die ich verweisen mufs. Es ist daselbst der Nachweis geführt, dafs die hyaline Umwandlung des Epithelprotoplasmas, indem sie den Bahnen der Epithelfasern folgt, teils cellulare, teils intracellulare, teils endlich extracellulare Gebilde von der Form von Schollen, Klumpen, Blasen, Balken und Fasern erzeugt, welche grofsenteils noch die unveränderten Kerne oder Kernreste einschliefsen. Gröfsere strukturelle Unterschiede wie zwischen diesen Hyalinkörpern und den bisher beschriebenen lassen sich kaum denken, obwohl auch diese aus dem Zellenprotoplasma entstehen. Hier findet sich kein erstes Stadium wolkiger Trübung, keine Beschränkung auf das Zelleninnere, kein die Hyalinkörper trennendes und umschliefsendes Netz von unversehrtem Protoplasma, kein endlicher Zerfall in Kugelhaufen. Dagegen sehen wir gerade mit Vorliebe den Zellenmantel ergriffen und sogar ein Überspringen von dem Stachelpanzer einer Zelle an den Intercellularbrücken entlang zum Aufsen- oder Binnenplasma einer anderen Epithelzelle. Dazu kommen noch äufsere Differenzen, der Umstand, dafs sich hier die hyalinen Produkte natürlich nicht in vorgebildeten Lymphspalten zerstreuen können, sondern im Gegenteile zu grofsen Konvoluten (Hyalinperlen) eingeschachtelt werden.

Dennoch zeigt die tinktorielle Analyse eine weitgehende chromochemische Analogie mit den bisher besprochenen Hyalinkörpern. Ja, dieselben verhalten sich bei manchen Reaktionen, speciell durch ihre gröfsere Basophilie, den Hyalinkugeln der Cutis ähnlicher als diese den morphologisch ihnen weit näherstehenden des Epithelioma contagiosum.

A. Säurefuchsin.

Unter den vielen Arten, die Hyalinkörper des Carcinoms elektiv mittelst Säurefuchsin zu färben, sind die beiden oben zuletzt genannten Methoden (Hämatein-Säurefuchsin-Pikrin-Methode und die Hämatein- + Säurefuchsin-Methode) als die praktischten zu empfehlen. Die Färbung der Gewebsteile ist bei ihnen genau dieselbe wie beim Epithelioma contagiosum; also ist bei der ersteren das Hyalin orangerot, das Kollagen karminrot, das Protoplasma gelb, Keratohyalin und Kerne blau, bei letzteren das Hyalin karminrot, das Kollagen rosa, Protoplasma und Kerne bläulich, Keratohyalin dunkelblau. Auch hier ist

die Farbendifferenz zwischen Hyalin und Kollagen bei meiner Säurefuchsin-Pikrin-Methode (orangerot und karminrot) viel geringer als bei der einzeitigen Doppelfärbung nach VAN GIESON-ERNST (orange und blaurot). Es besteht somit in Bezug auf die Säurefuchsinfärbungen eine vollkommene Übereinstimmung zwischen allen drei Hyalinarten (Hyalin der Bindegewebszellen, des Epithelioma contagiosum und des Carcinomepithels). Ich kann für die Carcinomarten noch eine sehr brauchbare Modifikation der Säurefuchsinfärbung den schon bekannten anreihen. Die Schnitte werden mit Hämatein stark vorgefärbt, in Wasser abgespült, 5 Minuten in die 2%oige Säurefuchsinfärbung gebracht, darauf in absolutem Alkohol entwässert und sodann in einer Mischung von Anilin mit 1%oiger Salzsäure 1—2 Minuten lang entfärbt, in Xylol abgespült und in Balsam montiert. Die Differenzierung ist ähnlich wie bei der Hämatein- + Säurefuchsin-Methode, die Schnitte sind aber intensiver gefärbt und die Konturen des Hyalins und der Zellen ausnehmend scharf (Anilinwirkung).

B. Eosin, Orange, Orcein (GRÜBLER).

Abweichend von den bisherigen Erfahrungen ist das Verhalten des Carcinomhyalins gegenüber den anderen sauren Farben (aufser Säurefuchsin). Kurz gesagt, fixiert es alle sauren Farben im allgemeinen besser als die übrigen Hyaline, und es eröffnet sich damit die Möglichkeit, es auf viele verschiedene Arten in lehrreicher Weise darzustellen. Die Eosinfärbung habe ich bereits in meiner Histopathologie für den bestimmten Zweck empfohlen, innerhalb der hyalinen Klumpen, Schalen und Stränge die Epithelfaserung in blauer Kontrastfarbe mittelst Gentianavioletts darzustellen und damit den sicheren Beweis zu führen, dafs die hier vorkommenden Hyalinkörper umgewandelte Teile der Epithelzellen selbst sind. Ich gebe unten die entsprechende genauere Vorschrift zu dieser Methode.

Aus diesen Bildern läfst sich noch der weitere Schlufs abstrahieren, dafs die blasen- und strangförmigen Hyalinkörper des Carcinoms aus dem von mir Spongioplasma genannten Teile der Epithelzellen entstehen und nicht (wie die Hyalinkörper des Epithelioma contagiosum) aus dem Granoplasma derselben. Denn wir haben in dem Artikel über Epithelprotoplasma gesehen, dafs die Epithelfasern zunächst von Spongioplasma umgeben, gleichsam umgossen sind, und dafs dieses die lang ausgezogenen Verbindungsbrücken mit glashellen Scheiden begleitet; es findet sich also überall dort, wo die Hyalinkörper entstehen. Die intensivere Färbung dieser letzteren durch saure Farben scheint mir nun auch auf ihre Herkunft aus dem Spongioplasma zurückgeführt werden zu müssen.

Ebenso wie das Eosin kann man auch Orange zur Färbung des Carcinomhyalins benutzen. Dasselbe speichert das Orange (z. B. Goldorange) rasch in sich auf und tritt in Orange oder Braun kräftig auf dem

blasseren Grunde des Protoplasmas hervor. Am geeignetsten erweist sich als Gegenfärbung eine solche mit Hämatein. Die stark mit letzterem vorgefärbten Schnitte kommen am besten nach Abspülung in Wasser 2—3 Minuten in eine 2%ige spirituöse Lösung von Goldorange, werden darauf in Alkohol abgespült und in Öl und Balsam übergeführt. Das Hyalin ist dunkelbraun bis dunkelorange, das Protoplasma hellbräunlich, Keratohyalin und Kerne blau.

In ähnlicher Weise wie Orange kann man eine neutrale Lösung von Orcein (Grübler) zum Nachweise des Carcinomhyalins benutzen. In meiner Histopathologie habe ich zu diesem Zwecke die Wasserblau-Orcein-Methode empfohlen. Ich finde jedoch nach wiederholten Versuchen, dafs die Gegenfärbung mit Methylenblau alle sonstigen, auch die mittelst Hämatëin an Schönheit und Einfachheit übertrifft. Die Hämatëinfärbung des Protoplasmas speziell zeigt bei der Doppelfärbung mit Orcein bläulich-bräunliche Übergangstöne von zu grofser Unbestimmtheit. Allerdings mufs bei der Gegenfärbung mit Methylenblau das letztere durch saure Entfärbung dem Protoplasma ganz entzogen werden.

Man färbt in der neutralen, spirituösen (1%igen) Orceinlösung eine ganze Nacht vor, spült in verdünntem Spiritus ab, färbt 5 Minuten in der polychromen Lösung von Methylenblau nach, spült in Wasser ab und entfärbt — ca. 1 Minute — in salzsaurem (1%) Alkohol. Darauf folgt Abspülung in Alkohol und Übertragung in Öl und Balsam. Nur die Kerne sind blau, das Protoplasma ist schwach bräunlich, das Hyalin dunkelbraun gefärbt. Hier finden wir die erste bedeutende Differenz zwischen dem Carcinomhyalin und den anderen Hyalinarten, da diese sich nicht spezifisch mit Orcein färben lassen. Das Hyalin des Epithelioma contagiosum nimmt bei der eben geschilderten Behandlung eine bläulich-bräunliche Mischfarbe an.

C. Fuchsin, Safranin.

Noch viel mehr tritt die Differenz der verschiedenen Hyaline bei Anwendung basischer Farben hervor. Wir sahen eben, dafs zur Darstellung des Hyalins im Epithelioma contagiosum Fuchsin und Safranin kaum brauchbar sind, selbst wenn man Beizen verwendet. Das Carcinomhyalin dagegen läfst sich sehr wohl auf diese Weise spezifisch hervorheben. Wenn man die Schnitte in Karbolfuchsinlösung färbt und mittelst einer Mischung von Anilin 25 + Xylol 25 entfärbt, so erhält man die Hyalinkörper dunkelrot auf hellrotem Grund des Epithelprotoplasmas. Ebenso gute Resultate ergiebt die Färbung mit Safranin, wenn man eine beizende Entfärbung in konzentrierter Tanninlösung folgen läfst, besonders, wenn man durch eine vorherige Occupation der Kerne mit Hämatëin das

Safranin von diesen abgelenkt hat. Noch weiter verbessern läfst sich diese Methode durch eine nachträgliche Entfärbung in Pikrinsäure.

Man färbt in Hämatëinlösung sehr stark vor, und nach Abspülung in Wasser in 1%iger wässeriger Safraninlösung 5—10 Minuten, differenziert und fixiert gleichzeitig nach erneuter Abspülung in Wasser in konzentrierter (33%iger) wässeriger Tanninlösung und bringt die Schnitte nach nochmaliger Abspülung in Wasser erst auf 2 Minuten in konzentrierte wässerige Lösung von Pikrinsäure und darauf 2 Minuten in konzentrierte spirituöse Lösung von Pikrinsäure. Endlich folgt Abspülung in Alkohol absolutus und Übertragung in Öl und Balsam. Die Farbendifferenzen im engsten Raume sind sehr scharf; das Hyalin ist orangerot, das Kollagen blau, die Kernsubstanz violett und das Protoplasma graugelb.

D Methylenblau (polychrome Lösung).

Methylenblau verhält sich zum Carcinomhyalin ähnlich wie die beiden eben genannten basischen Farbstoffe. Wir haben schon oben bei Besprechung der Orceinreaktion gesehen, dafs es sich nicht stark auf dem Hyalin fixiert; darauf beruhte ja die Möglichkeit der Gegenfärbung mit Methylenblau bei der Orceinmethode. Durch Tannin kann man diese Fixierung erreichen, und zwar werden die meisten Hyalinklumpen dabei dunkelblau, nur sehr wenige blauviolett. Hier besteht mithin ein scharfer Gegensatz zum Hyalin des Epithelioma contagiosum, welches durch die Tanninbeize durchweg stark violett wird. Eben derselbe Unterschied besteht (nur schwächer ausgeprägt) zwischen beiden Hyalinarten bei der Differenzierung der methylenblauen Schnitte mittelst Pyrogallolalkohol. Auch der jodierte Alkohol wirkt auf beide Hyalinarten verschieden; während das des Epithelioma contagiosum blau wird, entfärbt sich mit wenigen Ausnahmen alles Carcinomhyalin. Auch diese Differenzen (besonders das verschiedene Verhalten gegenüber Tannin) sprechen zu Gunsten der vorgetragenen Theorie, dafs die beiden Epithelhyaline nicht aus denselben Teilen der Epithelien entstehen.

Fassen wir das über das Carcinomhyalin Gesagte kurz zusammen, so wird dasselbe im allgemeinen durch seine leichtere Färbbarkeit — dem Hyalin des Epithelioma contagiosum gegenüber — charakterisiert. Es läfst eine einfache Darstellung, sowohl mit den meisten sauren, wie mit basischen Farben zu. Speziell hervorzuheben ist seine Färbbarkeit mittelst des (neutralen) Grüblerschen Orceins, welche es von allen anderen Hyalinarten der Haut cellularen Ursprungs unterscheidet.

Ein Rückblick auf alle drei vorgeführten Formen des Hyalins in der menschlichen Haut zeigt uns neben bestimmten tinktoriellen und strukturellen Differenzen gewisse gemeinsame Züge. Aufser der bedeutenden

Resistenz gegen Säuren und Alkalien, besonders gegen erstere, aufser ihrer Homogenität und starken Lichtbrechung kommt ihnen allen eine auffallend leichte Tingibilität in sauren Farben zu, speziell in Säurefuchsin, aufserdem — wenigstens stets den älteren Produkten — zugleich eine hervorragende Tingibilität in basischen Farben. Es geht aus dieser doppelten Art der Verwandtschaft eine komplizierte Struktur dieser Substanzen hervor, und wir werden wohl nicht fehlgehen, in ihnen, ähnlich wie im Fibrin, unlösliche Verbindungen saurer und basischer Körper zu erblicken, welche hinsichtlich ihrer chromochemischen Verwandtschaft in beiden Richtungen ungesättigt sind.

Methoden für Epithelhyalin.

I. Im Epithelioma contagiosum.

A) Hämatëin-Säurefuchsin-Pikrin-Methode.

1. Starke Lösung von Hämatëin 1 Stunde.
2. Wasser.
3. 2%ige Lösung von Säurefuchsin 5 Minuten.
4. Gesättigte wässerige Lösung von Pikrinsäure 2 Minuten.
5. Gesättigte spirituöse Lösung von Pikrinsäure 2 Minuten.
6. Abspülung in Alkohol absolutus.
7. Öl, Balsam.

Hyalin: orangerot; Protoplasma: gelb; Kerne: blauviolett; Kollagen: bläulichrot.

B. Hämatëin- + Säurefuchsin-Methode.

1. 1 Stunde färben in:

Hämatoxylin	0,5
Spiritus	10,0
Glycerin	20,0
Wasser	60,0
mit 0,1 Soda neutralisierte Lösung von H_2O_2	10,0
Zur filtrierten Mischung: *Säurefuchsin*	0,01.

2. Abspülen in Wasser.
3. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Hyalin: karminrot; Protoplasma und Kerne: violett; Kollagen: bläulichrot.

C. Methylenblau-Tannin-Methode.

1. Polychrome Lösung von Methylenblau 15 Minuten.
2. Wasser.
3. Konzentrierte wässerige Lösung von Tannin (33%) 5 Minuten.
4. Wasser, Alkohol, Öl.

Hyalin: violett; Protoplasma und Kerne: blau.

II. Im Carcinom.

A) Hämatëin-Säurefuchsin-Pikrin-Methode.

Wie oben.

B) Hämatëin- + Säurefuchsin-Methode.

Wie oben.

C) Hämatëin-Orangealkohol-Methode.

1. Starke Lösung von Hämatëin 15 Minuten.
2. Wasser.
3. 2%ige spirituöse Lösung von Goldorange 2—3 Minuten.
4. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Hyalin: dunkelorange; Protoplasma: hellbraun; Kerne und Keratohyalin: blau.

D) Hämatëin-, Säurefuchsin-, Anilin- + Salzsäure-Methode.

1. Starke Lösung von Hämatëin 15 Minuten.
2. Wasser.
3. Säurefuchsin 2%ige Lösung 5 Minuten.
4. Entwässerung in Alkohol absolutus.
5. Entfärbung in Anilin mit Zusatz von 1‰ Salzsäure 1—2 Minuten.
6. Xylol, Balsam.

Hyalin: karminrot; Protoplasma und Kerne: blauviolett; Kollagen: bläulichrot.

E) Hämatein-Safranin-Tannin-Pikrin-Methode.

1. Sehr starke Vorfärbung mittelst Hämatëin.
2. Wasser.
3. Safranin 1%ige wässerige Lösung 5—10 Minuten.
4. Wasser.
5. Fixierung in konzentrierter (33%) wässeriger Tanninlösung 30 Sekunden.
6. Wasser.
7. Konzentrierte wässerige Lösung von Pikrinsäure 2 Minuten.
8. Konzentrierte spirituöse Lösung von Pikrinsäure 2 Minuten.
9. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Hyalin: orangerot; Protoplasma: graugelb; Kerne: violett; Kollagen: blau.

F) n. Orcein-Methylenblau-s. Alkohol-Methode.

1. Spirituöse neutrale Orceinlösung eine Nacht.
2. Spiritus dilutus.
3. Polychrome Lösung von Methylenblau 5 Minuten.
4. Wasser.

5. Salzsaurer (1%) Alkohol ca. 1 Minute.
6. Alkohol absolutus, Öl, Balsam.

Hyalin: dunkelbraun; Protoplasma: bräunlich; Kerne: blau.

G) Eosin-Gentianaviolett-Jod-Methode.

1. 1%ige wässerige Lösung von Eosin 10 Minuten.
2. Wasser.
3. Gentiana-Alaun-Lösung 1—2 Stunden
4. Wasser.
5. Jodkaliumlösung + H_2O_2.
6. Wasser.
7. Abtrocknen auf dem Objektträger.
8. Anilin 25 + Xylol 25.
9. Xylol, Balsam.

Hyalin: rot, mit eingeschlossener blauer Epithelfaserung.

Über hypertrophische Makrochirie des rechten Oberarmes.

Von

Prof. Dr. D. Chassiotis,
Paris.

(Mit 1 Abbildung.)

In die von dem Prof. Julius Galvanis geleitete chirurgische Klinik der Athener Universität trat am 17./29. September 1893 der aus Atalante gebürtige K. Sakellios ein, 25 Jahre alt, ein mit keinem Erbfehler behafteter unverheirateter Hirte, seine rechte Hand jedoch, wie sein ganzer rechter Arm waren von Geburt auf unnatürlich entstellt.

Die Operation am oberen Dritteile des Armes wurde am 28. Oktober/10. November 1893 von dem Prof. Galvanis vollzogen, der ganze Oberarm wurde von ihm in die pathologische Anatomie geschickt und dafür wegen seiner Gröfse ein eigenes Gefäfs fabriciert.

Die Krankheitsgeschichte, welche Herr Galvanis der Pariser Versammlung der Ärzte am 21. Juli 1894 mitgeteilt hatte und die er auch mir auf meine Bitte gütigst zusandte, verhält sich folgendermafsen:

Der kranke Sakellios erzählt, dafs er sich bis zu seinem 20. Jahre seiner Hand bedienen konnte, hauptsächlich des vierten und des kleinen Fingers, die, wenn sie auch einigermafsen atrophisch erscheinen, doch

wenigstens die physiologische Form haben. In seinem 20. Jahre verübte er ein Verbrechen und wurde er in die Gefängnisse von Syngrós eingesperrt, dort sah er seine Hand anschwellen und fürchtete schlimme Folgen, weswegen er am 17. September 1893 um deren Amputation nachsuchte.

Bei aufrechter Stellung sehen wir seinen Kopf nach links sich neigen, um so die verunstaltete Hand im Gleichgewicht zu halten; sein Thorax aber ist stark auf die Seite geneigt. Der ganze Oberarm hat eine riesige Gröfse, die Anschwellung beginnt nach vorne von dem äufseren Rande des Musculus thoracicus major, nach oben von dem Akromion, nach hinten von dem oberen Ende des äufseren Randes der Achselhöhle. Von

ihrem Beginne bis zum Ellenbogengelenke erscheint sie nur an der vorderen und äufseren Oberfläche, fehlt dagegen an der hinteren so sehr, dafs wir sogar den Armknochen sehen. Die Anschwellung fällt wegen ihrer sehr grofsen Schlaffheit am Ellenbogengelenke wie eine Zitze herunter, wobei ihr aber das Gefühl nicht fehlt. Von dem Ellenbogengelenke bis zur Handwurzel zeigt sich gleichfalls eine gewisse Verhärtung, doch kann man an der inneren Seite Muskeln und Knochen durchfühlen; das Gefühl fehlt auch hier nicht. Die Hand von dem Handwurzelgelenke an behält einigermafsen die Form einer Hand bei. Die drei stark vergröfserten Finger geben der Hand jenes schreckliche Aussehen, während die beiden anderen, der vierte und der kleine Finger, wenn sie nicht einigermafsen atrophisch wären, im grofsen und ganzen eine physiologische Gestalt hätten, da übrigens auch ihre äufsere Gestalt vollkommen ist und Kraft und Bewegung ihnen nicht fehlen.

An den drei ersten Fingern ist die vordere Oberfläche der dritten Phalanx so gefühllos, dafs wir eine Nadel einen Centimeter tief hineinstechen können, während die beiden anderen vollständig ihr Gefühl haben und auch zum Tasten und Halten von Gegenständen dienen. An der inneren Handfläche ist die Haut hart und hat eine eigene Färbung ins Rosenfarbige, der Handrücken dagegen ist sehr schlaff.

Pathologisch-anatomische Untersuchung.

Die unnatürliche Entwickelung beschränkt sich hauptsächlich auf die Hand, woran bemerkt wird, dafs namentlich die innere Handfläche und die ersten drei Finger, nämlich Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger, riesig entwickelt sind, während die beiden letzten Finger mit Ausnahme einer kleinen Atrophie sich fast in physiologischem Zustande befinden. Die verunstalteten Finger treten erst von der zweiten Phalanx frei aus der Handfläche heraus, da die erste Phalanx mit der Dicke der Handfläche in Eins verschwimmt. An dem Unter- und Oberarm befindet sich die gröfsere Entwickelung um den Ellenbogen herum, es zeigt sich jedoch auch an dem anderen Teile das Unnatürliche in hohem Grade.

Der Umfang des Vorderarmes beträgt 58 cm, des Daumens 26 cm, des Zeigefingers 19 cm, des Mittelfingers 23 cm. Von den Seiten der flachen Hand hat die äufsere 25 cm, die innere 5,50 cm, die obere 20,5 cm, die untere 11 cm. Die Länge des Daumens und Zeigefingers beträgt 9 cm, die des Mittelfingers 10 cm. Der Abstand von der Spitze der letzten Phalanx des Zeigefingers bis zu der des Daumens beträgt 40 cm.

Der Umfang des Vorderarmes beträgt in der Nähe der Handwurzel 41 cm, am Ellenbogen 46 cm; sein Gewicht ist 20 Pfund, seine Länge 30 cm.

Der Umfang des Armes beträgt 60 cm, seine Länge ist 17 cm.

Die Hypersarkose erstreckt sich an der Hand nach allen Richtungen hin, am Unter- und Oberarm dagegen nach der hinteren und äufseren Fläche, jedoch auch nach der vorderen.

Sektionsbefund.

Bei der Sektion hat sich folgendes ergeben:

Die Haut ist stark verdickt, das Unterhautfettgewebe viermal so dick; ebenso ist auch das Unterhautbindegewebe stärker. Die Muskeln zeigen eine stärkere Fettansammlung. Die Gefäfse und die Nerven weisen einige Anomalie auf, und zwar sind von den Gefäfsen die Adern der Oberfläche etwas hypertrophisch und erweitert; von den Nerven ist es namentlich der mittlere, welcher aufser seiner Hypertrophie auch eine halbmondförmige Anschwellung an dem Punkte zeigt, wo er zum oberen Rande der Handwurzel gelangt.

Histologische Untersuchung.

Bei der histologischen Untersuchung verhält sich die Haut physiologisch, das Unterhaut- und das Fettgewebe sind bedeutend verstärkt, das letztere zeigt eine netzartige Bildung, d. h. um die Zellen herum hat sich ein dichtes Bindegewebe entwickelt. Die Nervenfasern, mittelst Osmiumsäure 1:100 und Pikrokarmin untersucht, weisen alle sie bildenden Elemente auf. Bei Querschnitten durch Bündel von Nervenfasern bemerkt man eine solche Vermehrung des faserigen Gewebes, als ob es sich um eine interstitielle Veränderung handelte. Der hypertrophische Teil des mittleren Nervs gehört zu den Neurofibromen, weil alle sie bildenden Elemente bemerkbar sind. Die Muskelfasern verhalten sich physiologisch.

Versammlungen.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau.

Sitzung vom 16. Februar 1894.

(*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. Vereinsbeilage No. 13.)

Jadassohn demonstriert:

1. Einen Fall mit sogenanntem **spontanen, multiplen Keloid** auf der Haut der Brust und des Rückens eines 22jährigen Arbeiters. Das Leiden begann schon in der Schulzeit. Neben den Keloiden findet man runde oder längliche, weifse, kleine Flecke, die sich an die Follikel anzuschliefsen scheinen, auf der Höhe der Keloide jedoch fehlen. Ihre Natur ist ohne histologische Untersuchung nicht zu bestimmen. Sie sehen aus ähnlich wie narbige Atrophien.

2. Einen **Bubonulus syphiliticus** bei einem vor einem Vierteljahre inficierten Patienten mit Rest der Induration am Frenulum, makulo-papulösem Syphilid. Vom Primäraffekt ausgehend, entstand an der Unterseite des Penis unter normaler Haut

ein einige Zentimeter langer, derber, ganz unempfindlicher Strang (luetischer Lymphstrang). Nach dreiwöchentlicher antiluetischer Behandlung entstand an einer umschriebenen Stelle des Stranges ein kleiner cystenartiger Tumor. Die Haut über denselben wurde lividrot. Es bestanden hier, wie an den sehr angeschwollenen Inguinaldrüsen keinerlei Entzündungserscheinungen. In einem ähnlichen Falle enthielt der Tumor sterilen Eiter, stellte sich als einfache Erweiterung des Lymphstranges dar. Vom Bubonulus im Anschluſs an Ulcus molle unterscheiden sich diese Fälle durch die schleichende Entwickelung, den Mangel jeder Empfindlichkeit, jeder Entzündungserscheinung, das Auftreten im Verlaufe des Lymphstranges, die cystenartige Begrenzung, die spät eintretende Beteiligung der Haut. In der Litteratur hat Verfasser nichts darüber gefunden. Eine Mischinfektion, eine gummöse Erweiterung kann wohl nicht vorliegen. Vielleicht ist eine Verlegung der Lymph- oder Blutbahn oder beider die Ursache dieser Ansammlung entzündlicher Exsudate.

Koch demonstriert einen Patienten mit **Komplikationen von Blennorrhoe und Chininidiosynkrasie.** Nach einer blennorrhoischen Infektion stellten sich nacheinander Anschwellungen der Kniegelenke und des linken Ellenbogengelenkes mit prallen Ergüssen auf, welche abwechselnd kamen und gingen ohne besondere Schmerzen und Entzündungserscheinungen. Einmal wurde auch eine Schwellung der Fuſsgelenke beobachtet mit Petechien auf der Haut über denselben. Mit der Heilung der Blennorrhoe besserten sich auch die Gelenkveränderungen. Aus dem Erguſs in den Gelenken konnte man keine Bakterien züchten. Gegen intermittierenden Hydrops sprachen der Verlauf, der reichliche Gehalt des Exsudates an Eiterkörperchen, das Fehlen neuropathischer Symptome, das Auftreten nach Blennorrhoe.

Gleichzeitig litt der Kranke an einer Chininidiosynkrasie. Am zehnten Tage der Chinindarreichung traten unter Fieber erythematöse Efflorescenzen auf, die sich schnell vergröſserten und konfluierten. Sie schwanden ohne Schuppung nach 3—4 Tagen, um nach einer intramuskulären Chinininjektion wieder aufzutreten. Auffallend ist, daſs erst am zehnten Tage das Exanthem ausbrach.

Sitzung vom 20. April 1894. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 14.)

Jadassohn demonstriert:

1. **Ein seltenes Syphilid der Haut.** Einmal ist Form und Ausbreitung auffallend. Es bestehen 8—10 zweimarkstück- bis handtellergroſse Gruppen von Efflorescenzen am Rücken, an den Schultern, in der Glutealgegend. Die einzelnen Efflorescenzen sind matt gefärbt, flach, weich, kaum fühlbar. Im Zentrum besonders einzelne schon involviert mit geringer Atrophie und Pigmentbildung. Die Anordnung der Einzeleffloreszenzen in den Gruppen ist eine doldenförmige, unregelmäſsige; auch nicht sehr scharfe circinäre und kokardenähnliche Gruppierung sieht man. An dem linken Labium ein Ulcus; es ist zweifelhaft, ob es ein Ulcus molle oder „Pseudochancre induré (Fournier)“ ist; wahrscheinlich das letztere wegen der schnellen Heilung nach Jodkalium. Es handelt sich um eine Übergangsform von sekundärer und tertiärer Periode; für erstere spricht die oberflächliche Lage, der Mangel an Infiltration, die circinäre Anordnung in Herden, die zahlreich vorhandenen sekundären Manifestationen. Die Infektion ist vor vier Jahren erfolgt.

Schnelle Heilung auf Jodkalium spricht für tertiären Charakter.

Zum Schluſs hebt der Vortragende die mangelhafte Behandlung der Frühlues mit Merkur in diesem Falle hervor. Nach zehnjähriger Beobachtung Neisseers und Einführung der chronisch-intermittierenden Behandlung findet man sehr wenig Prostituierte mit tertiären Erscheinungen; die letzteren sind aber meist mangelhaft behandelte.

2. Einen Fall von **multiplen, kleineren** und **gröſseren Mollusca contagiosa** am Vorderarme eines Fleischers, durch Kratzen selbst disseminiert.

3. Sehr grofsen **Primäraffekt in der Unterbauchgegend**; Roseola; Inguinaldrüsen nicht geschwollen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In einer früheren Sitzung derselben Gesellschaft (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 12) stellte JADASSOHN einen Fall von **Tuberculosis verrucosa cutis** vor, den er schon im Vorjahre gezeigt hatte; damals war spontane Involution erfolgt, nachdem die Diagnose durch den Nachweis von Riesenzellentuberkeln gesichert war. Jetzt sind mit Beginn der rauheren Jahreszeit wieder eine Reihe neuer typischer Efflorescenzen aufgetreten. Verfasser nimmt Infektion von aufsen an, wozu zahlreiche Kratzeffekte (Patient hatte Kleiderläuse) Gelegenheit gegeben haben mögen, denn irgend welche Spuren von innerer Tuberkulose liefsen sich nicht nachweisen.

JADASSOHN stellte ferner einen Fall von **Pityriasis rosea** (GIBERT) vor, ausgezeichnet durch das Vorhandensein einer Initialplaque, die ca. 5 cm Durchmesser hat, also bedeutend gröfser ist, als die sonstigen Efflorescenzen. Sie besteht seit 14 Tagen, während der Allgemeinausbruch ca. 8 Tage später erfolgte. Vortragender bespricht an diesem Falle die klinisch nachzuweisende Verschiedenheit der Pityriasis rubra von der Trichophytia tonsurans, die bekanntlich von den Wienern geleugnet wird.

F. Hahn-Bremen.

New Yorker Akademie der Medizin.

Sitzung vom 8. Mai 1894.

Ein Fall von Kastration wegen tuberkulöser Epididymitis, vorgestellt von Dr. GIBSON. Der Patient ist ein 84jähriger Greis. Vor drei Jahren etwa kam er mit einer kleinen infolge einer Verwundung entstandenen Hydrocele auf der linken Seite ins Krankenhaus. Die Hydrocele wurde angestochen und die Flüssigkeit entleert. Der Nebenhoden war geschwollen, knotig und etwas empfindlich. Die Rektaluntersuchung ergab nichts. Der Patient fieberte leicht, während der Nebenhoden täglich schmerzhafter wurde. Nachdem er einige Wochen beobachtet und behandelt worden war, ohne dafs eine Besserung eingetreten wäre, entschied man sich zu der Ansicht, dafs der Patient an einer akuten tuberkulösen Epididymitis leide. Daraufhin wurde die Kastration ausgeführt. Der Patient erholte sich bald und verliefs das Hospital elf Tage nach der Operation. Er erfreut sich seitdem einer ausgezeichneten Gesundheit. Der pathologisch-anatomische Befund bestätigte die Diagnose.

Eine bösartige Mischgeschwulst des Testikels, von Dr. TAYLOR. (Wird später referiert werden.)

In der Diskussion bemerkt Dr. KEYES, dafs er einige derartige Fälle beobachtet habe, bei welchen das Gewächs in dieser Gegend aus heterogenen Elementen des Fibroms, Sarkoms etc. bestanden hätte. In allen Fällen sei ein Recidiv in den retroperitonealen Drüsen, aber nicht in der Leistengegend aufgetreten.

Ein Fall zur Diagnose, von Dr. GOLDENBERG. Der Patient ist ein 15jähriger Knabe, der seit vier Jahren die linke Hälfte des Skrotums geschwollen hat, ohne dabei besondere Beschwerden zu fühlen. Die Schwellung ist durchscheinend und fluktuiert. Der Inhalt kann nicht zur Seite gedrückt werden. Die Geschwulst fühlt sich weich an und scheint in 3—4 Säcke sich zu teilen. Vortragender hält den Fall für eine multilokuläre Hydrocele des Samenstranges, mit welcher Diagnose die anwesenden Mitglieder einverstanden sind.

Fall zur Diagnose, von Dr. GUITERAS. Der Patient ist ein 51jähriger Mann. Vor acht Jahren bemerkte er zum ersten Male eine schwache Vergröfserung des linken Testikels. Der Zustand blieb fünf Jahre unverändert, bis der Testikel von neuem anfing zu wachsen und nach und nach die jetzige Gröfse erreichte. Seit

3—4 Monaten sei wieder ein Stillstand eingetreten. Schmerzen verursache die Geschwulst nicht.

In der Diskussion sprachen sich die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder für die Diagnose syphilitische Epididymitis aus. In jedem Falle müsse durch eine energische spezifische Behandlung die Diagnose sichergestellt werden.

Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie, von Dr. F. Smith. Der Patient ist 69 Jahre alt. Seit längerer Zeit leidet er an einer Prostatahypertrophie, verbunden mit starkem und schmerzhaftem Harndrang und zahlreichen Anfällen von Harnretention. In den letzten Wochen vor seinem Eintritte ins Hospital roch der Urin stark ammoniakalisch und enthielt viel Eiter. Gleichzeitig fieberte der Patient. Die Blase wurde systematisch ausgespült und der Patient mit innerlichen Mitteln behandelt. Da innerhalb von zwei Monaten keine merkliche Besserung eintrat und der Patient mehrere mit septischem Fieber verbundene Anfälle von akuter Cystitis durchmachte und infolge seines Leidens stark abmagerte, so wurde die Kastration gemacht. Nach sechs Wochen konnte der Patient wesentlich gebessert entlassen werden. Die Besserung hielt in der Folgezeit an. Er hat kein Fieber mehr, sein Appetit ist gut geworden und sein Gewicht wieder gestiegen. Während er früher in der Nacht 12—15 mal urinieren mußte, geschieht dies jetzt höchstens 6 mal. Das Urinieren ist nicht mehr schmerzhaft, die Beschaffenheit des Urins ebenfalls besser geworden.

Vortragender glaubt in der Prostatahypertrophie des Mannes eine Analogie zu finden mit Uterusfibromen beim Weibe.

Diskussion. Die Doktoren Keyes, Alexander, Fuller, Guiteras halten die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Kastration für zu radikal und auch überflüssig. Man könne auch mit milderen Maßnahmen auskommen.

Dr. Allen meint, Dr. Smith habe nur praktisch versucht, was theoretisch bereits viel in der Litteratur diskutiert worden ist. Uterusfibrome schrumpfen bekanntlich und gehen eine Involution ein, nachdem das Weib das Klimakterium erreicht hat und die Ovarien außer Funktion getreten sind. Wenn eine Analogie zwischen solchen Tumoren und der vergrößerten Prostata vorliegt, so sollte die letztere in einem gewissen Alter der männlichen Patienten eine Involution eingehen auch ohne die Hülfe einer Kastration. Immerhin wäre es durch eine größere Zahl von derartigen Fällen interessant zu erfahren, ob Dr. Smiths Ansicht richtig sei.

Dr. Taylor bemerkt, in solchen Fällen sei auch vorgeschlagen worden, das Vas deferens durchzuschneiden, anstatt die Kastration zu machen.

Ein Fall von miliaren, papulösen Syphiliden, vorgestellt von Dr. Fordyce. Der Patient ist ein Neger und zeigt eine ungewöhnliche Entwickelung von kleinen, miliaren, papulösen Syphiliden, namentlich und hier ausschließlich an den Armen, während sich an anderen Stellen noch andere typische Anzeichen von Syphilis vorfinden.

Kastration wegen Hodentuberkulose, von Dr. Gibson. Gegen die Kastration bei tuberkulösem Hoden wurden früher verschiedene Gründe angeführt. So fand man die Operation als eine sehr ernste und gefährliche. Die heutige Operation an sich entbehrt nahezu vollständig der Gefahr. In günstigen Fällen kann der Patient schon nach zehn Tagen seine Arbeit wieder aufnehmen.

Ein anderer Einwand gegen die Kastration wurde gemacht, daß der Verlust eines oder beider Testikel nicht selten von intensiven psychischen Störungen gefolgt sei. Solchen Störungen beugt man vor, wenn man den Patienten in vernünftiger Weise die Notwendigkeit und Wichtigkeit der Operation vor Augen hält.

Ein dritter Einwand ist der, daß ein tuberkulöser Hoden immer nur einen Teil

einer allgemeinen tuberkulösen Erkrankung bildet. Dieser Einwand gründet sich jedoch nach den statistischen Angaben nicht auf Thatsachen. In Wirklichkeit sollen zwei Drittel der Patienten mit tuberkulösem Hoden frei von Lungentuberkulose sein. Auch die Behauptung, dafs der tuberkulöse Hoden immer ein Teil eines ähnlichen Prozesses irgendwo im Urogenitalapparat sei, ist nicht durch Thatsachen strikt bewiesen. Guyon meint, dafs der Nebenhoden niemals der Sitz der primären Affektion sei. Er sieht den Prozefs als einen von den Samenbläschen nach dem Nebenhoden herabsteigenden an. Im Gegensatz zu dieser Theorie behauptet Jacobsohn, dafs die Krankheit gewöhnlich primär im Nebenhoden beginnt, weil die geflechtartige Verteilung der Gefäfse eine Ansiedelung von Bacillen hier sehr begünstige. Die Krankheit ist, wenn sie frühzeitig bemerkt wird, in dem Kopf des Nebenhodens lokalisiert. Andererseits ist die Infektion, welche von den Samenbläschen ausgeht, durch den Coitus wohl möglich. Die Krankheit kann angeboren sein, und häufig genug sieht man der tuberkulösen Affektion direkt im Anschlufs ein Trauma folgen.

Der Einwand, dafs die Operation einen Ausbruch von latenter Tuberkulose in anderen Körperteilen provocieren könnte, ist nicht durch eine hinreichend grofse Anzahl von Beispielen begründet.

Vortragender bespricht nun die Vorteile der Kastration. Einer der wichtigsten ist der, dafs die Krankheit bei rechtzeitiger Operation radikal beseitigt werden kann. Auch palliativ kann die Operation von wesentlichem Vorteil sein, indem sie den Patienten von einem niederschlagenden, schmerzhaften und erschöpfenden Krankheitsprozesse befreien.

Diskussion. Dr. Alexander möchte in solchen Fällen lieber die Excision der erkrankten Partie, als die Exstirpation befürworten. In der Mehrzahl der Fälle von Tuberkulose in dieser Gegend genügt, auch wenn der Samenstrang in Mitleidenschaft gezogen ist, eine Operation, welche besteht in Entfernung des Nebenhodens und dann in Herabziehen und Wegschneiden des Vas deferens so hoch wie möglich.

Dr. Keyes sagt, er habe bei Patienten mit tuberkulösem Hoden immer Anzeichen einer katarrhalischen Entzündung der Harnröhre gefunden. Die tuberkulöse Erkrankung sei in nahezu allen Fällen ein absteigender Prozefs. Wenn also keine absolute Notwendigkeit vorliege, sollte der ganze Testikel nicht geopfert werden. Was den Umfang der Operation betrifft, so schliefst K. sich den Ausführungen von Dr. Alexander an. Dasselbe thun auch Fuller und Taylor.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band II, Heft 1. 1895.

I. **Die Manifestationen der Syphilis in den oberen Luftwegen**, von P. H. Gerber-Königsberg. Drei Eigenschaften sind es hauptsächlich, welche die Syphilisprodukte der Schleimhäute der oberen Luftwege von eminent praktischer Bedeutung sein lassen:

1. Die bisweilen schon relativ früh auftretenden subjektiven Beschwerden und Funktionsstörungen und der hartnäckige Verlauf;

2. die Produktion eines reichlichen Sekrets, wodurch leicht weitere Übertragung der Krankheit herbeigeführt werden kann;

3. die grofse Tendenz zum Zerfall, welche die syphilitischen Schleimhautprodukte zeigen, und in die sie dann auch die benachbarten Knorpel- und Knochengerüste hineinziehen. Dadurch aber kommt es an den Mündungen des Respirationstractus zu Verbildungen und Zerstörungen, die sich nicht verbergen und verheimlichen lassen und die ihre Opfer als Stigma mit durchs ganze Leben tragen.

Verfasser giebt an der Hand eigener Erfahrungen und der einschlägigen Litteratur ein zusammenfassendes, kritisch beleuchtetes Bild von den Manifestationen der Syphilis in den oberen Regionen.

Was die Syphilis der Nase betrifft, so werden über Primäraffekte in derselben nur wenige Fälle in der Litteratur mitgeteilt. Nach Dupond bildet die Sklerose auf der Nasenschleimhaut eine fungöse, grau-rötliche Masse und ist von Nasenverstopfung, Schwellung der Submaxillardrüsen und neuralgischen Schmerzen begleitet.

Häufiger treten im Naseninnern die sekundären Erscheinungen der konstitutionellen Syphilis auf, und zwar unter dem Bilde 1. des Erythems, 2. der Papel.

Dementsprechend kann man unterscheiden:

1. Rhinitis erythematosa;
2. Rhinitis papulosa.

In der Tertiärperiode kommen hinzu:

1. Rhinitis gummosa;
2. Rhinitis ulcerosa.

Die Rhinitis erythematosa specifica verläuft meist unter dem Bilde eines Katarrhs, der sich wenig von der Rhinitis simplex unterscheidet. Seifert giebt doch einige Unterscheidungsmerkmale der spezifischen Rhinitis von der einfachen an. Die Coryza syphilitica setzt nicht so stürmisch ein, verläuft weniger akut, aber desto langsamer als die einfache akute Rhinitis; die Sekretion ist besonders im Beginn nur sehr gering. Hie und da finden sich, namentlich an der Septumfläche, erythematöse Flecke, auf denen sich zuweilen Papeln entwickeln; bei reichlicher eiteriger Sekretion kommt es leicht zur Zersetzung des Sekretes. Verfasser hat diese circumscripten, erythematösen Flecke nicht beobachtet.

Papeln auf der Schleimhaut des Naseninnern scheinen, der spärlichen Litteratur nach zu urteilen, selten zu sein.

Die Coryza neonatorum ist viel bedeutungsvoller und ernster, als die der Erwachsenen. Häufig stellt sie nur den Schleier dar, unter welchem bereits tertiäre, atrophische und destruierende Prozesse verlaufen.

Die gefürchtetsten und häufigsten sind die tertiären Läsionen der Nase. Dieselben treten nach statistischen Angaben zumeist zwischen dem 1.—3. und 8.—14. Jahre post infectionem auf. Die Formen, in welchen sich die tertiären Erscheinungen im Naseninnern äufserten, sind die gummöse Infiltration und Ulceration, die mit Vorliebe zuerst die Nasenscheidewand, dann den Nasenboden und das Nasendach einnehmen, vielfach ineinander übergehen und zu den verschiedenartigsten, ausgedehntesten Zerstörungen der Nase und ihren Nebenhöhlen führen kann.

Verfasser beschreibt im Anschluss an seine ausgezeichnete Schilderung der Nasenlues einige Beispiele aus seiner Praxis.

Der Nasenrachenraum ist ziemlich häufig der Sitz syphilitischer Veränderungen. Primäraffekte kommen selten zur Beobachtung, weil eine direkte Infektion nur schwer und dann wahrscheinlich nur durch den Tubenkatheter des untersuchenden Arztes möglich ist.

Sekundäre Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes kommen vielfach erst zur Kenntnis des Arztes durch an jene sich anschliefsende Affektionen des Mittel-

ohres, namentlich eines akuten Mittelohrkatarrhs. Von syphilitischen Produkten der sekundären Periode sind Papeln, ulcerierte Papeln beobachtet worden.

Der tertiären Zeit gehören besonders Ulcerationsprozesse des Naso-Pharynx an. Die subjektiven Symptome, welche dieselben veranlassen, sind wenig charakteristisch: Halsschmerzen, besonders beim Schlucken, Ohrensausen, Schwerhörigkeit und Kopfschmerzen.

Die Syphilis des Rachens ist bekannter und litterarisch mehr gewürdigt.

Primaraffekte kommen häufig an den Mandeln vor (in ca. 80% von den Initialklerosen im Rachen) und zwar deshalb, weil der drüsenartige, lakunäre, nicht selten tief zerklüftete Bau der Tonsillen von allen Teilen des Rachens am besten geeignet ist, das syphilitische Gift aufzunehmen und zurückzuhalten.

Verfasser bespricht weiter die sekundären und tertiären Manifestationen der Syphilis des Rachens, die Angina syphilitica, Schleimpapel etc., die diffuse gummöse Infiltration oder die eigentlichen circumskripten Gummiknoten, Ulcerationen, die narbigen Verwachsungen, die Erklärung derselben, die Beschwerden, welche die Rachensyphilis bereitet, die Diagnose etc.

(Die Arbeit ist ausgezeichnet, kann aber im Rahmen eines Referates nicht so gewürdigt werden, wie sie es verdient. Wir verweisen deshalb den Leser auf das Original. Ref.)

II. **Zur Behandlung der Syphilis mittelst hochdosierter Injektionen von Sublimat,** von G. J. Müller-Berlin. Die Lösung, welche Verfasser zu Injektionen verwendet, hat folgende Formel:

℞	*Hydrargyr. bichlorat.*	4,0
	Natr. chlorat. pur.	25,0
	Aq. dest.	ad 50,0

Die jedesmal injicierte Dosis beträgt also 4 cg.

Für eine volle Kur wurden gewöhnlich 15 Injektionen in Intervallen von 5—7 Tagen bestimmt.

Zur Erzielung eines günstigen Resultates, namentlich zur Vermeidung von Schmerzen und schmerzhafter Infiltrate ist notwendig: peinliche Asepsis, glatte und scharfe, nicht zu starke Nadeln, senkrechtes Einstechen auf der Höhe einer erhobenen Hautfalte, intramuskuläre Injektion, langsames Ausspritzen, Komprimieren der Gewebe zu beiden Seiten des Stichkanals über der rasch zurückzuziehenden Nadel, um ein Regurgitieren der Flüssigkeit zu verhüten, systematische und richtige Auswahl der Einstichstellen. Nach den Injektionen wird massiert, die Patienten werden dann angewiesen, etwas spazieren zu gehen.

Intoxikationserscheinungen bedenklicher Art kamen bei diesen Injektionen nicht vor. In drei Fällen, welche Frauen betrafen, bestanden Ohnmachtsanfälle, vorübergehende Schwäche, mäfsige Diarrhoen, die nach 24—48 Stunden geschwunden waren; in fünf Fällen fand sich leichte Albuminurie. In keinem Falle entstanden ernstere Stomatitiden.

Es wurden mit der Methode behandelt 80 Männer und 24 Frauen.

Verfasser hebt die Vorteile seiner Methode hervor. Gegenüber allen anderen Methoden entfaltet dieselbe eine äufserst prompte und tiefgreifende Wirkung. Die Methode eignet sich deshalb besonders zur Behandlung gefahrdrohender Erscheinungen bei noch nicht sehr heruntergekommenen und sehr sensiblen Patienten. Wertvoll ist die Methode besonders in der poliklinischen und Krankenkassenpraxis.

III. **Über Reinfectio syphilitica,** von C. Schirren-Kiel. Wenn eine Reinfectio syphilitica über alle Zweifel und Einwände erhaben sein soll, so darf die Diagnose nicht lediglich aus dem Vorhandensein eines Primaraffektes gestellt werden,

sondern muſs sich vor allem auch auf die der Initialsklerose folgenden syphilitischen Erscheinungen stützen.

Verfasser hat zwei interessante Fälle beobachtet.

Fall 1. Patient hat im Jahre 1882/83 in China ein Geschwür am Penis gehabt, welches drei Monate zur Heilung bedurfte. Irgendwelche Erscheinungen oder Beschwerden sind in den folgenden Jahren nicht aufgetreten. Eine spezifische Kur ist nie durchgemacht worden. Seit dem Jahre 1888, nach einem Aufenthalte in Samoa, litt der Patient an Beingeschwüren, die seit 1½ Jahren bis November 1892 persistierten und erst unter einer gründlichen, antiluetischen Kur vom Verfasser innerhalb von vier Wochen zur völligen Vernarbung gebracht wurden. Ein Recidiv dieser Geschwüre ist nicht mehr aufgetreten. Ein Jahr später, Mitte Februar 1894, konsultierte der Patient Verfasser. Die Untersuchung ergab im Praeputium, nahe dem Orificium, einen beinahe haselnuſsgroſsen, knorpelharten, schmerzlosen Tumor, geringe Anschwellung der Inguinaldrüsen, Kubitaldrüsen etc., leichte Angina, makulöses und squamöses Syphilid, Psoriasis palmaris syphilitica, kurz die ausgesprochensten sekundären Symptome der Syphilis. Patient giebt an, Ende November 1893 geschlechtlichen Verkehr ausgeübt, am 21. Dezember ein Bläschen auf der Vorhautmündung bemerkt zu haben. Unter der Behandlung sei dann nach acht Tagen Heilung eingetreten. An derselben Stelle habe sich jedoch nach und nach die jetzige Verhärtung gebildet.

Verfasser leitete sofort eine spezifische Behandlung ein, unter welcher in drei Wochen sämtliche Erscheinungen geschwunden sind. Bis Mitte Juli 1894 ist ein Recidiv nicht aufgetreten.

Fall 2 acquirierte im September 1891 eine ausgesprochene Syphilis und machte unter der Behandlung des Verfassers in den darauffolgenden Jahren wiederholentlich Schmier- und Injektionskuren durch. Vom Jahre 1893 an sind keine spezifischen Erscheinungen mehr aufgetreten, bis Anfang Mai 1894 der Patient sich wieder vorstellte mit einer melonenkerngroſsen, leicht verschieblichen, härtlichen, auf der Oberfläche geröteten, schmerzlosen Geschwulst im inneren rechten Präputialblatt. Die Geschwulst wurde excidirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab dichte, kleinzellige Infiltration, insbesondere perivaskuläre Anhäufung der Rundzellen in den Papillen und der Cutis. Aus dem makroskopischen und mikroskopischen Bilde konnte die Diagnose auf syphilitischen Primäraffekt gestellt werden. Dieselbe fand ihre volle Bestätigung in den 14 Wochen post infectionem auftretenden papulösen und squamösen Syphiliden, Plaques muqueuses etc., die unter der antiluetischen Kur bald verschwanden. Auch hier ist ein Recidiv bis jetzt nicht wieder aufgetreten.

Beide Fälle beweisen, daſs die Syphilis absolut heilbar ist, daſs mit der Heilung aber, wie es scheint, die Immunität gegen eine neue Infektion aufhört.

IV. **Bemerkungen zur Behandlung der Tabes dorsalis**, von L. Schuster-Aachen. Verfasser erörtert einleitend den Standpunkt zur Frage des Zusammenhanges zwischen Tabes und Syphilis, beschreibt kurz einige Fälle aus der Praxis und äuſsert sich auf Grund seiner Erfahrungen bezüglich der Behandlung der Tabes folgendermaſsen: Es giebt gewiſs sehr viele Fälle von Tabes, namentlich auch solche, bei denen die Gesamtkonstitution infolge des langdauernden Krankheitsprozesses sehr geschwächt ist, wo eine auch nur im geringsten schwächende merkurielle Behandlung nachteilig wirkt, aber es giebt Fälle, die eine solche nicht allein gut vertragen, sondern entschieden dadurch gebessert werden. Das gilt auch für diejenigen Fälle, in denen noch syphilitische Reste nachzuweisen sind, oder bei denen eine syphilitische Infektion einmal eine Rolle gespielt hat, sondern auch für diejenigen Tabesfälle, welche, soweit die Ätiologie und die Untersuchung ergiebt, gar nichts mit Syphilis zu thun hatten.

Die erste Bedingung bei der Behandlung der Tabiker ist, dafs die Patienten durch die therapeutischen Mafsnahmen nicht geschwächt werden und nicht an Körpergewicht verlieren. Deshalb sind neben Bädern und Inunktionskuren tonisierende Mittel am Platze. Verfasser hat günstige Erfahrungen gemacht mit kleinen Dosen Sublimat, Arsenik und Strychnin in Pillenform. Da die Tabes einen nicht sehr chronischen Verlauf hat, den eine energische, rasche Kur nicht aufhalten wird, so müssen die erwähnten Mittel so dosiert werden, dafs sie, ohne die Verdauung und das Alllgemeinbefinden zu stören, das ganze Jahr hindurch gegeben werden können.

℞ *Arsen* 0,05
Strychnin 0,1
f. pil. No. 100.
1—2 Pillen täglich.

Diese Pillen können mit Sublimatpillen (à 0,001—0,0025) entweder gleichzeitig oder abwechselnd verordnet werden.

Je nachdem es in dem einzelnen Falle erforderlich erscheint, werden warme Bäder (27—28° R.), kalte Abreibungen, kurzdauernde kalte Duschen (namentlich bei geschwächter Blase), schonende Zimmergymnastik zur Anwendung kommen. Die Elektricität, die nicht ungefährliche Suspensionsmethode sind unsicher in der Wirkung und lassen vielfach vollständig im Stiche.

Wichtig ist die regelmäfsige tägliche Stuhlentleerung. Stuhlverhaltung, eine gefüllte Blase erschweren das Gehen, bereiten Schmerzen, Gürtelgefühl. Die Blase ist eventuell unter minutiösester Beobachtung der Antisepsis mittelst Katheters zu entleeren. Gegen schmerzhaften Blasentenesmus sah Verfasser von einem Eisbeutel auf das Perineum in einem Falle gute Wirkung. Zu Morphium soll man sich bei Tabikern nur im äufsersten Falle verstehen, so namentlich bei andauernden, erschöpfenden, gastro-intestinalen Krisen. Gegen andere Neuralgien helfen oft Laktophenin und Salipyrin oder Antifebrin.

Verfasser zweifelt nicht daran, dafs in dem Merkur eine, wenn auch noch genauer auszubeutende Heilwirkung bei tabischer Erkrankung liegt, die nicht sobald das Schicksal der blutigen Nervendehnung erleben dürfte.

V. **Über zoonotische Dermatose und Stomatitis. Ein Beitrag zur Übertragung der Maul- und Klauenseuche auf den Menschen,** von A. Scheyer-Berlin. Die Maul- und Klauenseuche der Tiere ist eine akute Infektionskrankheit, welche vorzugsweise bei Schweinen, Rindern, Schafen und Ziegen, seltener beim Pferde, Geflügel, Hunde vorkommt. Am häufigsten werden die beiden ersten genannten Tiergattungen von der Krankheit befallen.

Der Infektionsstoff haftet teils an dem Inhalt der Blasen und Geschwüre am Maulgeifer, am Blute und an den Se- und Exkreten der befallenen Tiere, teils ist er flüchtig und kann durch Einatmen der Luft, durch Betreten von Wegen, auf denen kranke Tiere sich bewegten, inficierend wirken. Einen spezifischen Krankheitserreger in Gestalt eines bestimmten Micrococcus zu finden, ist bis jetzt nicht gelungen.[1]

Verfasser beschreibt im folgenden die Symptomatologie der Maul- und Klauenseuche bei Tieren: mäfsige, katarrhalische Entzündung der Maulschleimhaut, Entwickelung von weifslichgelben Blasen auf derselben, sowie auf der Innenfläche der Vorderlippen, am zahnlosen Rande des Vorderkiefers, Platzen der Blasen, Pustel- und Krustenbildung, Abstofsung des abgestofsenen Epithels, Erosionen und schwache Geschwüre, die in 3—6 Tagen anheilen. Damit ist der Krankheitsprozefs

[1] s. *diese Zeitschr.* Bd. XIV. pag. 335. Bd. XVII. pag. 268.

im Maule abgelaufen, kann sich aber auf den Verdauungstractus fortsetzen und hier zur schwersten, meist letal endigenden Gastroenteritis führen.

Die Übertragung der Seuche auf den Menschen geschieht am häufigsten durch den Genuſs ungekochter Milch, durch Butter und Käse, die aus der Milch kranker Tiere bereitet waren, oder direkt beim Melken oder bei der Pflege und Wartung verseuchter Tiere, oder endlich indirekt durch Zwischenträger.

Das Symptomenbild beim nach Milchgenuſs inficierten Menschen ist charakterisiert durch: im Beginn mäſsiges Fieber, Kopfweh, Trockenheit im Munde, selten Schüttelfröste, als Inkubationserscheinungen. Nach 3—5 Tagen Entwickelung von Bläschen an Lippen und Zunge, am harten Gaumen und am Rachen, dabei erhöhte Temperatur. Die Blasen werden erbsengroſs, von gelblich weiſser Farbe, platzen nach 1—2 Tagen und entleeren ihren eiterig-trüben Inhalt. Das desquamierte Epithel wird abgestoſsen, und es bleiben flache, dunkelrote Geschwüre und Erosionen zurück. Schmerzen im Munde erschweren das Kauen, Schlucken und Sprechen. Die Lippen sind angeschwollen, die Mund- und Rachenschleimhaut ist katarrhalisch gerötet. Sehr häufig treten gastrische Erscheinungen hinzu. Gleichzeitig mit diesen und der Affektion des Mundes entwickeln sich kleine Bläschen in verschiedener Zahl an den Händen, um die Nägel herum, die, anfangs nur hirsekorngroſs, sich rasch vergröſsern und das Aussehen gewöhnlicher Pusteln mittlerer Gröſse erhalten. Die Heilung erfolgt in 2—3 Wochen, meist ohne Benachteiligung der Nägel. Zuweilen kommt es nur zu einer schweren Onychie mit Mortifikation und Abstoſsung des Nagels. Bei der Übertragung durch Melken sieht man neben der Blaseneruption an den Händen zuweilen noch rote Flecke am Arm und Brust, seltener ein pockenähnliches Bläschenexanthem im Gesicht.

Die Prognose ist beim Menschen meist günstig, zweifelhaft aber zuweilen bei ganz jungen Kindern.

Die Therapie kann eine rein symptomatische und diätetische sein. Nur die Stomatitis, die Affektion an den Händen kann mit entsprechenden Mitteln behandelt werden.

Verfasser teilt im folgenden ausführlich eines in Dr. W. Levys chirurgischer Poliklinik beobachteten Falles bei einem 48jährigen Arbeiter mit, der 32 Tage lang an Maul- und Klauenseuche erkrankte Kühe gemelkt, gefüttert und gepflegt und sich hierbei inficiert hatte.

VI. **Zur operativen Behandlung des Rhinophyma**, von E. Kromayer-Halle. Man kann zwei Methoden der chirurgischen Behandlung des Rhinophyms unterscheiden: 1. die Excision der hypertrophischen Teile mit nachfolgender Naht; 2. die Abtragung dieser und plastische Erneuerung der Nase durch Transplantation mit nachträglicher epidermidaler Überhäutung.

Verfasser hat in einem Falle von excessivem Rhinophym den letzteren Weg eingeschlagen und ein so glänzend plastisches, kosmetisch ausgezeichnetes Resultat erzielt, daſs er die ausführliche Beschreibung des Operationsverfahrens und des Heilverlaufes für gerechtfertigt hält. Die Operation nahm wegen der langen Blutstillung über zwei Stunden in Anspruch; die Heilung erfolgte in 14 Tagen. Der Patient befand sich in ambulatorischer Behandlung.

VII. **Der Musculus compressor urethrae in seiner Bedeutung für die Physiologie und Pathologie der Harnwege**, von P. Cohn-Berlin. Verfasser versucht gegenüber M. von Zeissl und Fürbringer, die von Guyon und Ultzmann zuerst geltend gemachte und von den meisten Autoren adoptierte Anschauung bezüglich der Eigenschaften und der Wirksamkeit des Musculus compressor urethrae zu verteidigen. Diese Anschauung gipfelt in folgenden Punkten: Die beiden Schlieſs-

muskeln des Harnapparates, der Sphincter internus und der Compressor urethrae oder Sphincter externus besitzen eine voneinander sehr verschiedene Verschlufskraft, dergestalt, dafs die Widerstandsfähigkeit des letzteren ganz erheblich gröfser ist, als die des ersteren. Bei mäfsig gefüllter Blase genügt der Druck, den der Harn auf den Sphincter internus ausübt, um den Widerstand dieses Muskels zu überwinden und dem Harn den Eintritt in die Pars posterior zu gestatten; aber erst der in Aktion tretende Willenseinfluſs bringt den Compressor zur Erschlaffung und ermöglicht die Harnentleerung. Nicht selten kann der durch pralle Füllung der Blase herbeigeführte hohe Druck früher eine Läsion der Blasenwand herbeiführen, ehe er den Verschluſs des Musculus compressor überwindet.

Bei der Urethritis anterior z. B. fliefst der Eiter ungehindert nach aufsen ab, während der bei der Urethritis posterior, sobald er einigermafsen reichlich vorhanden ist, den Sphincter internus überwindet und in die Blase fliefst. Ähnlich verhält es sich bei Erkrankungen der Prostata und der Samenbläschen, sowie bei Blutungen in der Harnröhre. Bei Einführungen von Sonden, bei Einspritzungen mittelst Irrigators ohne Vermittelung des Katheters zeigt sich der gröfsere Widerstand des Musculus compressor im Vergleiche zu dem des Sphincter internus sehr deutlich.

Bei mäfsig gefüllter Blase mufs man den Katheter bis in die Blase schieben, damit der Urin herausfliefst; ist die Blase aber stark gefüllt, so überwindet der Harn zwar den Sphincter internus und tritt in die Pars posterior ein, wo er den Harndrang erzeugt; er wird jedoch durch die Verschluſskraft des Compressor urethrae zurückgehalten, und erst, wenn der Katheter diesen Muskel passiert hat und mit der Öffnung in die Pars posterior eindringt, beginnt der Urin abzufliefsen.

Verfasser führt noch zwei weitere beweiskräftige Versuche an.

Bei Beurteilung des Kraftmafses beider Muskeln kann es sich zunächst nur um normale Verhältnisse handeln, die allerdings, namentlich nach längerer Erkrankung, durch Erschlaffung oder durch Infiltration der Gewebe wesentliche Veränderungen erfahren können. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.
Bd. V. Heft 1.

Die Behandlung der blennorrhoischen Nebenhoden- und Hodenentzündungen mit elektrischen Strömen, von P. Scharff. Als Stromquelle benutzt Verfasser eine Batterie von 24 Elementen von Reiniger, Gebbert und Schall mit Doppelkurbelstromwähler, Graphitrheostaten, absolutem Galvanometer und Watteville'schem Umschalter.

Bei akuten Entzündungen beginnt er mit ganz schwachen Strömen, von denen der Patient nichts empfinden darf. ½ M.-A. zu 50—60 qcm Elektrodenquerschnitt für ca. 3 Minuten. Mit jeder Sitzung wird die Stärke des Stromes gesteigert; nach Beendigung der Sitzung überzeugt sich der Patient, dafs die Schmerzen gebessert sind. Es wird ein Gummipapier oder Hg-Karbolpflastermull appliziert, darüber ein mit Watte gut gepolstertes Suspensorium; Bettruhe ist nicht erforderlich; bei Fieber wird Natr. salicyl. verabreicht.

Bei den Infiltraten älteren Datums nimmt man bedeutend stärkere Ströme, dehnt auch die Sitzungen länger aus; man fühlt oft nach Beendigung der Sitzung, wie das vorher sehr harte Infiltrat sich weicher anfühlt und sich verkleinert hat. Je kleiner die Residuen werden, desto mehr widerstehen sie der Einwirkung des konstanten Stromes allein; Verfasser nimmt die Voltaschen Alternativen (bis 40 in einer Sitzung) zu Hülfe (dadurch vermeidet man auch am besten die Anätzung der Haut), oder kombiniert den konstanten Strom mit dem faradischen.

Einige Krankengeschichten sind zur Illustration des Gesagten beigefügt.

Hoffentlich gelingt es noch, durch dies Verfahren die Funktion der Hodens bei doppelseitiger Epididymitis wiederherzustellen! *F. Hahn-Bremen.*

Band V, Heft 3.

Zur Kasuistik und Therapie des Prostatasarkoms, von Emil Burckhardt. Zu den wenigen bisher veröffentlichten Fällen von Prostatasarkom, welche, sämtlich mit ungünstigem Ausgang, operiert wurden, fügt Verfasser einen neuen, von Socin operierten hinzu. Zweifaustgroſses Spindelzellensarkom ging vom rechten Prostatalappen aus und verursachte starke Behinderung der Defäkation. Bei der Untersuchung fand sich der Tumor nur an einer kleinen ulcerierten Stelle mit der Mastdarmschleimhaut verwachsen. Die Ausschälung gelang nach Spaltung des Anus ziemlich leicht. Der Erfolg der Operation war ein glänzender: glatte Heilung in 63 Tagen, nach zwei Jahren kein Recidiv; Patient hat sich sehr erholt; es bestand nur ein geringer Prolaps der Mastdarmschleimhaut und Inkontinenz gegen Flatus und flüssigen Stuhl. *F. Hahn-Bremen.*

Band V, Heft 4.

Vier Fälle von Cystinurie bei vier gesunden Geschwistern, von Emil Pfeiffer. Ein an Arthritis urica leidender Vater hat vier Kinder; sein Urin enthält kein Cystin. Die älteste Tochter entleerte unter heftigen Nierenkoliken einen Cystinstein; sie hatte von Jugend auf an Cystitis und Pyelitis gelitten; nach Abgang des Steines verschwand das Cystin aus dem Urin. Der älteste Sohn und die andere Tochter entleerten reichlich, der jüngere Sohn weniger Cystin; die Kinder der ältesten Tochter haben kein Cystin; auch die Mutter ist gesund. Die Cystinurie machte nur bei der Dame, die auch sonst Krankheit der Harnwege aufwies, Beschwerden. Die Harnsäure war in sämtlichen Fällen nicht gegen die Norm vermindert.

Beiträge zur abortiven Behandlung der blennorrhoischen Urethritis, von Hugo Feleki. Die Versuche einer Abortivbehandlung der Blennorrhoe sind sehr alt, haben aber bisher immer viele Nachteile, wenige Erfolge gehabt. Feleki benutzt nun zu seiner Methode ein dickes gerades Endoskop, das, nachdem Patient Urin gelassen hat, vorsichtig in die Urethra eingeführt wird, wobei man durch öfteres Entfernen des Obturators sich darüber zu vergewissern sucht, daſs man bis über die hintere Grenze der Erkrankung gelangt ist. Nun wird die Harnröhre energisch mit 5%iger Argentum-nitricum-Lösung ausgepinselt. Die Patienten sollen sich 1—2 Stunden hinlegen; unter Umständen muſs die Auspinselung wiederholt werden; auch sind mitunter Injektionen mit adstringierenden Mitteln noch erforderlich. Zu bemerken ist, daſs die Sache nur ganz im Beginn des Trippers Erfolg hat, ehe die Sekretion kopiös und eiterig wird. In sämtlichen 13 Fällen war der Erfolg ein guter, indem Heilung ohne Komplikationen in ca. 9 Tagen erzielt wurde.

Beiträge zur Chirurgie der Ureteren, von P. Modlinski. Der Patient bekam in Anschluſs an eine Tripperinfektion eine Cystitis; dann bildete sich nach ungefähr vier Wochen eine leicht fluktuierende Geschwulst, die fast die ganze linke Bauchhöhle ausfüllte; starkes Fieber und Abmagerung. Durch die vom Verfasser vorgenommene Nephrotomie wurde eine groſse Menge Eiter entleert, aber die Geschwulst ging nicht zurück, auch blieb das Fieber bestehen. Verfasser führte daher die Nephrektomie aus. Auch diese brachte keine Besserung; die Ligatur des Ureters schnitt durch, und nun entleerte sich sämtlicher Urin durch die Lumbarwunde. Verfasser machte darauf die Boutonnière und drainierte die Blase. Nachdem sich noch einige Abscesse per Rectum entleert hatten, aber Besserung nicht eintrat, versuchte Verfasser, den Ureter methodisch zu dilatieren, indem er eine fadenförmige Bougie durchführte und an ihr allmählich immer dickere Seidenfäden durchzog. Nun trat allmählich Heilung ein.

Verfasser bespricht sodann die Pathogenese der Uretererkrankungen, die hauptsächlich durch Verengerungen seines Lumens, meist entzündlicher Natur, zu stande kommen; meist tritt die Ureteritis im Anschluſs an eine Infektion der Blase auf seltener geht sie absteigend von der Niere aus; in diesem Falle ist sie meist tuberkulöser Natur.

Band V, Heft 5.

Ein Beitrag zur Atrophie der Prostata, von PHILIPP STRAUCH. Verfasser fand bei drei jugendlichen Individuen im Alter von 21—32 Jahren bei der kombinierten Untersuchung mittelst Sonde und Finger die Prostata atrophisch; die Sonde lieſs sich in ihrer ganzen Länge in der Pars membranacea und prostatica gleich deutlich durchfühlen; die Seitenlappen der Drüse waren kleiner als gewöhnlich. Zwei der Patienten klagten über häufigen Harndrang, der dritte über mehrtägige Schmerzen nach jedem Coitus; dieser konnte den Urin gut halten. Blennorrhoe hatten sie alle durchgemacht, zwei hatten doppelseitige Epididymitis gehabt. Wahrscheinlich handelt es sich um von vornherein mangelhaft entwickelte Vorsteherdrüsen; der Katarrh der hinteren Harnröhre wirkte deletär auf sie und die schwache Schlieſsmuskulatur der Blase ein und machte dieselbe insufficient. In einem anderen Falle beobachtete Verfasser eine Hemiatrophie der Prostata nach Sectio lateralis, die vor 15 Jahren wegen Blasensteins gemacht worden war. Die Beschwerden bestanden in Behinderung des Urinlassens und Schmerz dabei; der Urin war in beiden Portionen trübe.

Drei neue Harnröhreninstrumente, von JOHANNES KNORR. Verfasser hat eine Salbenspritze konstruiert, bestehend aus einem silbernen gekrümmten Katheter mit drei seitlichen Öffnungen, der mit der Spritze verschraubt ist. Als Salbengrundlage verwendet er Adeps lanae N. W.-K.; derartige Salbengemenge lassen sich leicht ausspritzen. Das Instrument kann auch zu GUYONschen Instillationen benutzt werden.

Den ULTZMANNschen Pinsel modifizierte Verfasser in der Weise, daſs er in den Tubus eine feine Spritze einführte, die vorn einen Tampon trägt, welcher durch Druck auf den Stempel mit der betreffenden Ätzflüssigkeit getränkt wird.

Endlich erwähnt Verfasser eine Fremdkörperpincette, die, von der Dicke einer Stricknadel, die Einführung im Endoskop unter Kontrolle des Auges gestattet. Die mit scharfen Widerhäckchen versehenen Arme schlieſsen sich durch Druck auf die Fingeröffnungen des zangenartig konstruierten Instrumentes. *F. Hahn-Bremen.*

The British Journal of Dermatology.

Bd. VI. Oktober 1894.

Einige Fälle seltener Formen von Hautkrankheiten, von W. A. JAMIESON-Edinburgh. 1. Xanthoma diabeticorum. Die Affektion, wegen deren der 55jährige Patient den Arzt konsultierte, trat zum ersten Male vor zwei bis drei Jahren auf. Sie bestand aus festen, flachen, soliden, runden oder ovalen Erhabenheiten von der Gröſse einer halben Erbse. Einige waren sternförmig. Ihre Farbe war rosa oder rotbraun, bei einigen war eine schwach braune oder gelbliche Randzone bemerkbar. Eine deutlich gelbe Farbe zeigte jedoch keine der Efflorescenzen. Auf Druck pflegten die Flecken ein wenig abzublassen, ohne jedoch vollständig zu verschwinden. Die Affektion verursachte Jucken. Vereinzelte Efflorescenzen zeigten Kratzeffekte. Befallen waren von dem Ausschlage in ziemlich symmetrischer Weise beide Vorderarme, Schultern, Rücken, teilweise auch Brust und Abdomen. Frei waren Gesicht, Hände, Unterextremitäten und die Schleimhäute.

Der Urin des mehr fetten als muskulösen Mannes zeigte Spuren von Eiweiſs und Zucker. Die Harnmenge war bedeutend vermehrt; es bestand ziemlich starker Durst. Die Behandlung bestand zunächst in einer dem Diabetes entsprechenden geregelten Diät. Lokal wurden Bepinselungen der affizierten Stellen mit Ichthyol-

lösungen vorgenommen. Innerlich erhielt der Patient Pillen von Codein und Lactukarinen, zweimal täglich in kleinen Dosen. Unter dieser Behandlung verminderte sich das Jucken, der Zuckergehalt des Urins, überhaupt besserte sich das Allgemeinbefinden. Die meisten der älteren Flecken blafsten vollständig ab.

In dem beschriebenen Falle waren ungewöhnlich a) die Verteilung der Efflorescenzen, b) die Farbe derselben.

2. Hydroa vacciniformis seu aestivalis. Die Patientin ist acht Jahre alt. Erbliche Belastung für eine Hautkrankheit liegt nicht vor. Die Affektion datiert seit April 1889, pflegt im Winter zu verschwinden, und ist am stärksten in den Sommermonaten zwischen April bis Oktober. Jeder auch noch so kurze Aufenthalt in der Sonne vermag die Affektion zu verschlimmern oder einen Ausbruch frischer Efflorescenzen zu bewirken. Die Affektion ist charakterisiert durch flache Blasen oder entzündlichen Hof. Dieselben werden im weiteren Verlaufe gelb, trocknen zu einer gelblichen Kruste ein. Wird dieselbe entfernt, so zeigt sich eine Erosion. Nach Abheilen derselben bleibt eine Narbe zurück.

Befallen sind die der Sonne am meisten exponierten Körperteile, Gesicht, Ohren, Vorderarme, Hände. Die Affektion im Gesicht sieht etwas anders aus. Die befallenen Stellen sind stärker gerötet, einem Eccema rubrum nicht unähnlich, und schuppen leicht.

Die Behandlung bestand in Bepudern mit Streupulver und in Applikation des Zinkichthyolleims. An den Ohren, an welchen sich einige kleine Bläschen befanden, endigte die Affektion, ohne Narben zu hinterlassen.

3. Impetigo varioliformis, ein Zustand, der vielleicht mit der Darierschen Krankheit in Zusammenhang zu bringen ist.

Die Affektion bei der neunjährigen, im übrigen gesunden Patientin begann vor zwei Monaten mit Bläschen zuerst am rechten Daumen, später am Arme und an den Handrücken; sodann ging der Ausschlag den Arm hinauf bis zur Achselhöhle, befiel hierauf den rechten Fufs und dehnte sich nach und nach über den ganzen Körper aus. Die Primäreffloreszenz war ein etwa stecknadelkopfgrofses, im Zentrum vertieftes, durchscheinendes, schwach erhabenes, etwas konisch abgestumpftes Bläschen mit einem nicht deutlich ausgeprägten serösen Inhalt. Der Ausschlag hat eine gewisse Ähnlichkeit mit einem beginnenden Molluscum contagiosum. Jede Efflorescenz hat einen Hof, und in ihrem höchsten Stadium der Entwickelung wird das konische Ende rötlich, hat einen genau begrenzten Hof und ein schwefelgelbes, abgesondertes Zentrum. Wird dieses mit einer Nadel entfernt, so bleibt eine kraterförmige Vertiefung zurück. An gewissen, namentlich der Reibung ausgesetzten Stellen, so am Gesäfs, ist der Ausschlag entzündet und gereizt, und es zeigt sich zuweilen eine blutige, gelatinöse, teilweise zu Krusten eintrocknende Flüssigkeit. Diese Teile sind schmerzhaft. Jucken aber verursacht die Affektion nicht.

Die mikroskopische Untersuchung einer typischen Efflorescenz in ihrem frühesten, bläschenförmigen Stadium ergab ausschliefslich entzündliche Veränderungen im Corium, die jedoch gar nicht an das Molluscum erinnerten. Gebilde wie bei der Psorospermose fanden sich nicht vor.

Verfasser beschreibt noch einen zweiten, dem vorigen identischen Fall.

5. Scleroderma an einer ungewöhnlichen Stelle. Die 54jährige, unverheiratete, kräftig gebaute Patientin war bis vor vier Jahren gesund. Von dieser Zeit an empfand sie häufig am After und an der Vulva heftiges Jucken und Brennen. Dasselbe trat in Paroxysmen auf und stand nicht in Zusammenhang mit dem Urinieren. Der untersuchte Urin reagierte sauer, enthielt kein Eiweifs, keinen Zucker, kein Blut. Die Patientin leidet an Verstopfung, die Stuhlentleerung geht nur schwer und nicht selten mit Schmerzen vor sich.

Bei der lokalen Untersuchung fand sich rund um den Anus herum und am Perineum eine Sklerodermie, welche die Anusöffnung verengte und zur Bildung eines etwa zolllangen Risses geführt hatte. Weitere sklerodermatisch veränderte Stellen fanden sich auf der Schleimhaut der Scheide nahe der Klitoris, ferner symmetrisch an beiden Seiten des Halses über dem Schlüsselbein, an den Rippen, am rechten Bein, von der Patella abwärts sich erstreckend.

Eine Ursache für das Leiden konnte nicht festgestellt werden. Gicht, Rheumatismus hatte nicht bestanden; die Menopause war schon vier Jahre vorher, bevor das Hautleiden begonnen hatte, in ganz natürlicher Weise eingetreten.

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band XII. August 1894.

I. **Ein Fall von gemischter bösartiger Neubildung im Testikel,** von R. W. Taylor-New York. Der 27jährige Patient giebt an, im August 1892 harten Schanker gehabt zu haben, dem dann ein spezifischer Ausschlag gefolgt sei. Gleichzeitig mit der Initialsklerose machte sich im oberen Teile des rechten Testikels ein kleines hartes Knötchen bemerkbar. Dasselbe blieb bis August 1893 klein und schmerzlos, fing aber von dieser Zeit an, stetig gröfser zu werden. Bei der ersten Besichtigung des Patienten war der erkrankte Testikel etwa birnengrofs, fühlte sich fest und resistent an, zeigte jedoch im übrigen eine glatte Oberfläche. Man hätte glauben können, dafs eine syphilitische Sarkocele vorliege. Eine antiluetische Behandlung hatte keinerlei Einflufs auf die Geschwulstbildung. Der Testikel nahm vielmehr zu und erreichte die Gröfse einer Kokosnufs. Da derselbe dem Patienten aufserordentlich beschwerlich war, so wurde er im Februar 1894 radikal entfernt, worauf innerhalb eines Monats vollständige Heilung eintrat.

Die von Dr. Ira van Gieson vorgenommene mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Testikels ergab, dafs man es hier mit einer bösartigen Mischgeschwulst zu thun hat, von der Teile dem Typus eines Adenoms, andere eines Adenocarcinoms und Spindelzellensarkoms entsprachen. Aufserdem fanden sich Stellen mit hyaliner Knorpelbildung vor.

II. **Modifikationen von Bigelows Operation von Blasensteinen, namentlich bei gleichzeitig vorhandener Prostatavergröfserung,** von G. Chismore-San Francisco. Verfasser begründet die Notwendigkeit einer Modifikation von Bigelows Steinoperation. Durch dieselbe soll in einer einzigen Sitzung unter einer zumeist sehr lang dauernden und das Leben der Patienten gefährdenden Narkose die Blase von ihren Steinen und Steinfragmenten befreit werden.

Verfasser hat dieses Verfahren dahin modificiert: 1. dafs die lokale Anästhesierung an Stelle der allgemeinen trat; 2. dafs die Sitzungen möglichst kurz waren, und dafs das Zerstofsen der Steine nur so lange fortgesetzt wurde, als Fragmente mit leichter Mühe aufgefunden werden konnten. Sodann wurde die Blase ausgespült und nun gewartet, bis die Symptome der Erschöpfung, des Blasenspasmus etc. abgelaufen waren; 3. hierauf wurden die zurückgebliebenen Fragmente, sobald sie vom Operateur gefühlt werden konnten, entfernt — dies geschah gewöhnlich nach einer Woche — und das Verfahren wiederholt, bis die Blase gereinigt war.

Da es sich zumeist um ältere Patienten handelte, bei denen gleichzeitig auch eine Prostatahypertrophie bestand, und die deshalb gewohnt waren, einen Katheter sich einführen zu lassen, so wurde zur Vorbereitung der Steinoperation erst eine Zeitlang mit Metallsonden bis No. 18 eine Dilatation und leichtere Durchgängigkeit der Urethra angestrebt. Diese Zeit wird auch benutzt, um sich das Vertrauen der Patienten zu gewinnen und um den Stein genau zu lokalisieren.

Unmittelbar vor der vorzunehmenden Operation wird die Blase entleert, eine 4%ige Kokainlösung eingespritzt. Sodann wird der Lithotriptor zart und vorsichtig eingeführt, der Stein gefafst und zermalmt. Wird man während der Operation gewahr, dafs ein gröfseres Fragment augenscheinlich verschwunden ist, so halte man sich nicht lange mit dem Suchen auf. Wenn Stücke nicht mehr gefunden werden können, wird der Lithotriptor entfernt, ein möglichst weiter Katheter eingeführt und die Blase mit einer warmen Borsäurelösung so lange ausgespült, bis keine Fragmente mehr kommen. Der Patient wird mit dem Rate nach Hause geschickt, sich ruhig und warm zu halten, und wenn es gut geht, nach 3—4 Tagen wiederzukommen. Unter diesem Verfahren befanden sich die Patienten sofort gut. Von 52 im Alter von 51—74 Jahren stehenden Patienten hatte Verfasser keinen Todesfall bei seinem Verfahren zu verzeichnen.

III. **Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis einer „epidemischen Hautkrankheit"**, von TH. SAVILL-London. (Ist S. 287 *dieser Zeitschrift* in deutscher Übersetzung erschienen.)

IV. **Die Möglichkeit einer langdauernden Striktur der hinteren Harnröhre ohne Hülfe der äufseren Urethrotomie beizukommen**, von J. B. WHITE-New York. Verfasser beschreibt zwei Fälle, welche die Thatsache illustrieren sollen, dafs es zweifellos organische, tiefe Strikturen giebt, die fast immer von spastischen Reizen begleitet sind, welche letztere das Urteil des untersuchenden Arztes über die Weite der Striktur trüben können. Hierzu kommt, dafs der Meatus externus urethrae in vielen Fällen für starke Sonden unpassierbar ist und gerade diese nicht selten den Widerstand, welcher durch Spasmus hervorgerufen wird, leichter überwinden, als dünne Sonden. Starke Sonden vermögen durch ihren Druck und ihren Schmerz auch besser Absorption etwaiger zelliger Elemente und flüssiger Bestandteile in den strikturierten Geweben zu bewirken und so leichter eine organische Striktur zu erweitern. Man beachte also bei tiefen Strikturen einmal, inwieweit der Spasmus dieselben verstärkt, und zweitens, ob das Orificium externum urethrae genügend starke Sonden passieren läfst, eventuell erweitere man den Eingang durch einen energischen Schnitt.

V. **Der Ursprung der Syphilis im alten Amerika**, von A. S. ASHMEAD-New York. Verfasser hat bereits im Jahre 1891 in den *Medical News* es für sehr wahrscheinlich erklärt, dafs die amerikanischen Rassen Abkömmlinge der östlichen Asiaten seien und wahrscheinlich auch von diesen, namentlich den Japanern und nicht von den Spaniern, die Syphilis acquiriert haben. Denn in Japan herrschte die Syphilis schon viele Jahrhunderte, bevor Columbus nach Amerika gekommen war. Die Möglichkeit, dafs umgekehrt Columbus Europa mit der amerikanischen, resp. ostasiatischen Syphilis beglückt habe, ist nicht ausgeschlossen. Verfasser sucht seine Ansichten durch archäologische Argumente aus Tokio zu bekräftigen.

VI. Ein einfacher Ratschlag, um das Urinieren den Patienten mit künstlicher, suprapubikaler Urethra zu erleichtern, von G. F. LYDSTON-Chicago. Derartige Patienten beklagen sich oft, dafs sie beim Urinieren sich nafs machen und die Kleider beschmutzen. Aus diesem Grunde versieht der Verfasser seine Patienten mit einer kleinen Glasröhre. Wenn das Bedürfnis zu urinieren vorhanden ist, drückt der Patient die Öffnung der Glasröhre gegen die Fistel und läfst den Strahl durch die Glasröhre in einen geeigneten Behälter. *C. Berliner-Aachen.*

Bd. XII. September 1894.

I. **Die protozoenähnlichen Körper des Herpes zoster. Ein Beitrag zum Studium der Psorospermosis**, von M. B. HARTZELL. Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf gewisse, mehr oder weniger den Protozoen ähnliche Körper, welche

konstant in den Bläschen von Herpes zoster, und zwar in einem bestimmten Stadium ihrer Entwickelung angetroffen werden. Diese Gebilde sind bei den gewöhnlichen Entzündungen der Haut nicht vorhanden, aber sie sind dem Zoster, der Variola, der Vaccine und den Varicellen eigentümlich. In den frühen Stadien der Eruption, bevor die Bläschen zur vollen Entwickelung gelangt sind, finden sich diese Körper nur in geringer Zahl vor; sobald sich die Bläschen jedoch vollständig entwickelt haben, wachsen sie rapide und bilden einen hauptsächlichen Teil der vorhandenen cellularen Elemente; mit dem Auftreten von Eiter verschwinden sie ganz und gar.

Der Bequemlichkeit wegen kann man drei Varietäten dieser Gebilde ziemlich deutlich voneinander unterscheiden, die jedoch zusammen in demselben Bläschen vorkommen.

Die erste Varietät, an Zahl bei weitem die stärkste, besteht aus runden oder schwach ovalen Zellen, welche einen scharf begrenzten, meist doppelt konturierten Wall und einen, am häufigsten zwei Kerne im Zentrum haben. Eine beträchtliche Zahl derselben gehen eine Teilung ein und werden infolgedessen häufig paarweise angetroffen. Sie liegen gewöhnlich auf dem Grunde des Bläschens, und zwar vorwiegend an der Peripherie.

In der Mitte dieser runden Zellen sieht man regellos zerstreut, gewöhnlich einzeln, gelegentlich auch paarweise die zweite Varietät. Die Zellen derselben sind viel weniger zahlreich, aber ungleich gröfser, als die der ersten Varietät. Sie messen 3—4 mal soviel im Durchmesser, wie die Epithelialzellen, während die Zellen der ersten Varietät etwa den Durchmesser von polygonalen Retezellen haben. Die enorm grofsen Zellen der zweiten Varietät bestehen aus drei Teilen: 1. dem Zellkörper, d. h. einem breiten Ringe von ziemlich gleichmäfsiger Weite, ohne äufsere umgebende Membran; 2. einer dicken inneren Kapsel, welche einschliefst. 3. eine grofse Kavität mit 3—4—12 oder mehr runden oder ovalen Zellen. Der Zellkörper wird nur schwach, dagegen die innere Kapsel und die darin befindlichen Zellen sehr intensiv von Karmin gefärbt. Die Kerne dieser letzteren Zellen färben sich mit Biondis Flüssigkeit rosenrot, anstatt grün, wie dies bei den Kernen der gewöhnlichen Zellen der Fall ist.

Die Körper der dritten Varietät sind denen der zweiten sehr ähnlich, nur haben sie birnförmige Gestalt.

Verfasser deutet diese Gebilde dahin, dafs es sich bei denselben nicht um Protozoen, sondern um degenerierte Epithelien handle.

II. **Ein Fall von Favus auf dem Kopfe und am Körper,** von A. Cantrell-Philadelphia und J. Stout. Favus kommt in Amerika relativ selten vor.

Verfasser giebt statistische Daten über die Häufigkeit des Favus in anderen Ländern.

Der vorliegende Fall betrifft einen zehnjährigen, wohlgenährten, für sein Alter grofsen Knaben, der vor zwei Jahren die Krankheit zuerst auf dem Kopfe bekam. Erst vor fünf Monaten wurde auch der Körper befallen.

Nahezu die ganze Kopfhaut ist bedeckt mit Favusmassen, nur vereinzelt sieht man dazwischen narbige, atrophische Stellen. Die Haare sind trocken, glanzlos, brüchig. Die Hals- und Achseldrüsen sind bedeutend vergröfsert. Pediculi wurden nicht vorgefunden. Vom Körper sind besonders stark befallen der Rücken, die Seitenteile des Thorax, Streckseiten der Arme, Gesäfsgegend, hintere Fläche der Oberschenkel. Frei geblieben sind Gesicht, Abdomen, Hände und Füfse. Die Nägel sind nicht verändert.

Verfasser beschreibt den Status ausführlich und berücksichtigt eingehend die Litteratur, soweit sich dieselbe auf analoge Fälle von Favus des Körpers bezieht.

(Fortsetzung folgt.)

II. **Ichthyosis congenita (sogenannter Harlekin-Fötus). Die Geschichte eines noch lebenden Falles**, von S. Sherwell-Brooklyn. Das jetzt ein halbes Jahr alte Kind ist rechtzeitig geboren und wog zur Zeit der Geburt etwa zwei Pfund (!). Die Mutter hatte eine normale Schwangerschaft durchgemacht, war körperlich gesund, nur infolge von Streitigkeiten mit Verwandten zeitweilig stark nervös. Bei der Geburt des Kindes glaubte der Arzt anfangs, dafs dasselbe eine aufsergewöhnlich starke Vernix caseosa zeige. Bald überzeugte er sich jedoch, dafs man es hier mit einer totalen Ichthyosis zu thun habe. Das neugeborene Kind wurde tüchtig mit Olivenöl eingefettet und in Watte eingehüllt. Wider Erwarten gedieh das Kind nicht schlecht, wuchs, wenn auch langsam, jedoch stetig. Zur Zeit, als Verfasser es zu Gesichte bekam, war der ganze Hautüberzug am Körper und an den Beinen von der Fufssohle bis zum Scheitel bedeckt mit weichen, hornartigen, verschieden dicken Schuppen. An den Beugeseiten der Gelenke befanden sich Fissuren, durch welche die wahre, rauhe Haut durchblickte. Irgendwelche Mifsbildungen waren bei dem Kinde nicht vorhanden. Die Behandlung bestand durch die ersten Monate in Baden mit Öl, daneben wurden wiederholentlich Einreibungen des ganzen Körpers mit Öl und Vaselin vorgenommen. Das Aussehen war immer noch ein sehr komisches und mit Recht die Bezeichnung eines „Harlequin avec une tête de Pierrot". Der Kopf zeigte sich gegen die Einfettungen am widerstandsfähigsten, während die anderen Körperteile von dem äufseren schuppigen Überzuge nach und nach befreit werden konnten. Später, als das Kind kräftiger war, wurden Bäder mit Alkalien (Natriumborat) und darauffolgenden Fetteinreibungen verordnet.

Das Aussehen des Kindes hat sich unter der sorgfältigen Behandlung und Pflege der Mutter wesentlich gebessert, und vielleicht ist diesem Umstande auch zuzuschreiben, dafs das Kind, trotz der ungünstigen Prognose, noch lebt und sich relativ wohl befindet.

IV. **Die ideale Behandlung der akuten Blennorrhoe. Ist sie gerechtfertigt?** von B. Foster-St. Paul. Verfasser hält die Blennorrhoe für eine ernste und nicht ungefährliche Krankheit und denkt sich diejenige Behandlung als die idealste, durch welche es möglich wäre, den Patienten in einer gewissen Zeit definitive Heilung in Aussicht zu stellen. Allerdings müfste der Patient nach der Idee des Verfassers sich auf einige Wochen ins Bett legen und in Äthernarkose an sich einen etwa knopflochgrofsen Perinealschnitt machen lassen. Durch diese Öffnung sollte dann eine Drainage der Blase hergestellt werden. Die vordere Harnröhre könnte dann für sich mit antiseptischen Lösungen durch einen geeigneten Apparat von hinten nach vorn ausgespült und weiter nach Belieben des Operateurs bis zur Heilung behandelt, oder besser nach der Idee des Verfassers mit Jodoformgaze ausgestopft und erweitert werden.

F. giebt zu, dafs nicht viele Patienten sich einer solchen Behandlung unterziehen würden. Es wäre aber Pflicht des Arztes, den Patienten die Gefährlichkeit der Krankheit vorzuhalten. Wenn erst das Publikum gewahr würde, wie ernst ein Tripper sei und welch eine ernste und energische Behandlung zur Heilung desselben notwendig sei, so würde vielleicht dadurch schon die Sittlichkeit gehoben und die Zahl der Blennorrhoiker vermindert werden.

(Verfasser fragt, ob seine ideale Behandlung gerechtfertigt sei. Wir antworten ihm, dafs nur der Erfolg sie rechtfertigen würde. Da F. diese Methode noch nicht adoptiert hat, — vielleicht weil sich keine Patienten dazu finden, — so würden wir ihm raten, wofern er noch nicht über den ersten akuten Tripper hinaus ist, sich zum Wohle der Menschheit einen solchen anzuschaffen und die praktische Probe seiner idealen Behandlung an sich selbst machen zu lassen. Ref.)

V. **Ein Vorschlag zur rektalen Untersuchung bei Krankheiten des Sexualsystems**, von Brinley-Minneapolis. „Das Rektum," sagt der Verfasser, „ist ein Pariah in der vornehmen Gesellschaft." Es wird, sei es aus Unwissenheit, sei es aus falscher Bescheidenheit, seitens der Ärzte arg vernachlässigt und bei Untersuchungen nicht derart gewürdigt, als es zur Diagnose und völligen Klarstellung mancher Krankheiten, namentlich des Uro-Genitalsystems, notwendig wäre.

Schon die Kenntnis der Thatsache, dafs die Dilatation des Sphinktermuskels im Rektum einen bedeutenden Einfluſs auf die Respiration und Cirkulation auszuüben im stande ist, kann unter Umständen bei Herzfehlern, bei der Asphyxie der Neugeborenen lebensrettend sein.

Bei Erkrankungen des Uro-Genitalapparates, deren Diagnose von vornherein klar zu Tage, beispielsweise beim akuten Tripper, kann die rektale Untersuchung füglich unterbleiben. Bei Affektionen aber, die subjektive Empfindungen nicht nur in den erkrankten Partien, sondern durch Reflex auch in den umliegenden Regionen hervorrufen und dadurch zu Irrtümern bezüglich der Diagnose der Krankheit Anlafs geben können, darf eine eingehende Untersuchung der benachbarten, anatomischen Gebiete nicht aufser Acht gelassen werden.

Verfasser bespricht einige Krankheiten, in denen die rektale Untersuchung für die Diagnose, somit auch für den Heilerfolg von aufserordentlicher Wichtigkeit ist, und empfiehlt zum Zwecke der Untersuchung ein gutes, bikonkaves Spekulum, insbesondere das von Pratt konstruierte, welches allen Anforderungen vollkommen genügt. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über die Ätiologie des Ekzems, von A. Ravogli. (*Med. News.* 13. Januar 1894.) Nach seinen klinischen und experimentellen Beobachtungen ist Verfasser zu dem Resultate gelangt, dafs das Ekzem als eine persistierende lokale Entzündung der Epidermis aufzufassen ist, dafs dieselbe durch die Einwirkung von Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes albus) auf eine bereits entzündlich afficierte Haut entsteht und unter geeigneten Verhältnissen sich kontagiös fortpflanzen kann. Der neurotischen Theorie Bulkleys schliefst Verfasser sich nicht an. *Philippi-Nieheim.*

Über die Perspiration bei universellem Ekzem, von Otto Bieling. (Inaug.-Dissert. Kiel 1894.) Universelle Ekzeme gehen oft einher mit auffallend geringen Urinmengen. Auf Anregung von Professor Quincke hat deshalb der Verfasser es unternommen, die Wasserverdunstung bei mit universellem Ekzem behafteten Patienten zu prüfen und mit derjenigen anderer Patienten zu vergleichen. Er fand bei sieben Ekzemkranken im Durchschnitt 47,98% der Flüssigkeitsaufnahme, bei zwölf anderen — darunter fünf von Rehder — 25,2%, so dafs also eine erhebliche Steigerung bei Ekzemkranken vorhanden ist. Es erklärt sich diese Vermehrung der Verdunstung aus den pathologisch-anatomischen Veränderungen, die sich beim Ekzem abspielen. Dabei ist wohl weniger die gesteigerte Thätigkeit der Schweifsdrüsen die Vermittlerin, als andere Momente, so die Hyperämie, die Ablösung der Epidermis etc.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Ekzeme im Säuglingsalter, von MARFAN. (*Sem. méd.* 1894. No. 18.) Verfasser unterscheidet zwei Formen derselben: das Eccema seborrhoicum und das Eccema siccum disseminatum. Während bei der ersten Form der Prozefs von der Kopfhaut ausgeht und diese auch am stärksten befallen wird, bleibt sie bei der zweiten frei. Das Eccema siccum tritt in Gestalt kleiner, roter, mit trockenen, oft rissigen Borken und Schuppen bedeckten Flecken auf. Im Gegensatze zum Eccema seborrhoicum kommt das Eccema siccum bei abgemagerten, heruntergekommenen Kindern vor. Bei der Ätiologie beider Formen spielen unzweckmäfsige Ernährung, dyspeptische Zustände die Haupt-, Dentition und Heredität eine sekundäre Rolle. Überfütterung und Planlosigkeit in der Ernährung führen zur ersteren, mangelhafte, schlechte Nahrung zur zweiten Form. M. zweifelt an der parasitären Natur des seborrhoischen Ekzems, indem die parasitäre Invasion einen sekundären Prozefs darstelle, welcher Nephritis verursachen kann. Die Therapie gründet sich auf die beschriebene Anschauungsweise: Regelung der Ernährung, Überwachung der Amme bezüglich ihrer Kost; Entleerung und Desinfektion des Darmes (Kalomel, Wismut). Äufserlich: Entfernung der Borken (Stärkekataplasmen, Kautschukmaske), tägliche Waschungen mit Borsäure- und Sublimatlösungen. Später Zinksalben mit Zusatz von Resorcin oder Schwefel. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Behandlung des Ekzems, von ERNST BESNIER. (*Sem. méd.* 1893. No. 1.) Nach Aufzählung der üblichen Ekzem-Heilmittel mahnt Verfasser zu einer gewissen Zurückhaltung bei der Behandlung mancher Ekzeme, denen eine derivatorische Bedeutung zukommen soll. Zu diesen zählen die Ekzeme der Säuglinge, die Ekzeme des behaarten Kopfes bei Geisteskranken, die Ekzeme des Thorax bei Emphysematikern, Asthmatikern, Phthisikern, alle Ekzeme bei Nieren- und Leberleidenden. Hervorzuheben ist auch die Aufforderung des Verfassers, bei der Therapie von Hautleiden auch andere organische Leiden zu berücksichtigen und der Hygiene und Diätetik Rechnung zu tragen. Von den therapeutischen Empfehlungen sei erwähnt das Kataplasma, bestehend aus Wasser, Kleie, unter Zusatz von 5—10%iger Borsäure, 25%igem Kalkwasser, 2—5%igem Natrium bicarbonicum. Es wird eine Paste bereitet, die auf Gaze gestrichen wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Behandlung des Ekzems, von J. BRAUN. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1894. No. 5.) Bei den seborrhoischen Ekzemen am behaarten Kopf und der benachbarten Haut ist Kummerfeldsches Wasser (Sulfur. praecipitat. 12,0, Camphor 1,0, Mucilago gummi arabici 6,0, Aqua calcis 100,0, Aqua rosarum 100,0) zu Waschungen von gutem Erfolge; Recidive verhütet eine 10%ige Schwefelsalbe.

Die Arbeiterekzeme der Flachhand und der Finger werden am besten mit Kalium causticum 1 : 2 energisch gewaschen, was sehr schmerzhaft ist, und dann eine 1%ige Argentum nitricum-Salbe aufgelegt.

Dasselbe Mittel oder Sapo viridis wird bei den stark juckenden, chronischen, verdickten Ekzemen des Scrotums und Perineums angewendet; darauf kühle Umschläge und Bettruhe. Bei beginnender Übernarbung ist Unguentum Wilkinsonii und Überpudern von Vorteil.

Bei den Gesichtsekzemen kleiner, mit Conjunctivitis behafteter Kinder ist das Lanolin-Cream ohne jeden Zusatz sehr zu empfehlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Ekzems bei Kindern, von ALBERT E. CARRIER-Detroit. (*Med. Record.* No. 44. Dzbr. 1893.) Verfasser schildert zunächst die unpassende, rauhe Behandlung, die man der zarten Haut der Neugeborenen angedeihen läfst, in anschaulicher Weise.

Meistens sind äufsere Einwirkungen die Ursache der Kinderekzeme, welche deshalb in 80% der Fälle das Gesicht und den behaarten Kopf, als die am meisten exponierten Teile, betreffen. Die inneren Ursachen sind meistens in Digestionsstörungen zu suchen; aber auch Anomalien aller übrigen inneren Organe können Ekzeme hervorrufen.

Therapeutisch ist zunächst die Prophylaxe von Wichtigkeit. Vor allem mufs bei Neugeborenen mechanische Reizung der Haut vermieden werden; nur milde, unzersetzte, aseptische Fette und Öle, so Lanolin und die Petroleumprodukte, dürfen zur Einfettung verwendet werden; die Seife mufs neutral, das Wasser weich und warm, das Waschtuch aus altem, feinem Linnen sein. Das Abtrocknen mufs durch Tupfen geschehen, Wollstoffe sind nicht geeignet, die Kleider müssen lose den Körper umgeben.

Die Milch der Mutter und deren Gesundheitszustand müssen beachtet werden, die Diät entwöhnter Kinder reguliert werden. Zuweilen ist die Nahrung zu fettarm.

Da jedes Ekzem dazu neigt, chronisch zu werden, mufs man es sorgsam beachten; dabei ist schematisches Verfahren zu vermeiden. Abgesehen von inneren Mitteln, so Antimon bei vollblütigen Kindern, Chinin in Malariagegenden, mufs lokal, im Beginne akuter Ekzeme mildernd, in subakuten und chronischen stimulierend verfahren werden. Bei akuten Ekzemen ist Wasser und Luft schädlich, Krusten müssen entfernt werden, die Fläche mufs andauernd mit dem Mittel bedeckt werden. Der Verband mufs solange wie möglich liegen bleiben. Salben sind bei mäfsiger Exsudation und am behaarten Kopfe nützlich, Einpinselungen und Puder bei profuser Sekretion. Mit Linimenten gesättigte Stoffe passen auf stark nässende, gröfsere Flächen. Puder sind zu vermeiden an behaarten Körperteilen und zwischen erkrankten Flächen. Milde, nicht irritierende Antiseptica können den Mitteln zugesetzt werden. Bei pustulösen Ekzemen ist besonders Jodoform sehr wirksam. Trockene, juckende Flecken an Stirn und Wangen werden mit Gelatinepasten behandelt.

Bei Nachlafs des akuten Stadiums sind mild stimulierende Mittel intermittierend anzuwenden. Ausgesprochene Infiltration wird mit Quecksilberpräparaten behandelt. Das Kratzen der Kinder mufs durchaus verhütet werden. Thymol, Menthol, Teer, Karbolsäure sind als juckstillende Mittel zu empfehlen, ebenso verdünnter „Liquor carbonis detergens" zum Auftupfen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung des Ekzems, von Dougall. (*Glasgow med. Journ.* Mai 1894, S. 338.) Der Verfasser hat bei akutem, wie chronischem Ekzem von der lokalen Applikation von Oleum olivarum benzoatum (0,6 Acidum benzoicum : 30,0 Oleum olivarum) sowohl in der Hospital-, wie Privatpraxis gute Resultate gesehen. Die befallenen Teile werden mit dem Öl gut befeuchtet, oder es wird über dieselben ein in dem Medikament gut getränktes Stückchen Lint, darüber ein wasserdichter Stoff gelegt. Beim nässenden Ekzem steht die Exsudation sehr bald still, und bei der trockenen Form fallen die Krusten schnell ab. In 2—3 Wochen wird die Haut sowohl beim akuten, wie chronischen Ekzem normal. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung des Ekzems, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Cincinnati Lancet Clinic.* Dezember 1893.) Mit Ekzem werden vielfach andere Hautaffektionen, wie Dermatitis, Erythema, Impetigo etc., zusammengeworfen und verwechselt. Dies ist nach der Ansicht des Verfassers die Ursache, weshalb die therapeutischen Mafsnahmen so häufig erfolglos sind. Die Dermatitis im Hebraschen Sinne ist kein Ekzem, wohl aber kann sie die Ursache eines Ekzems bilden. Das Ekzem ist eine lokale, zumeist durch Eiterstaphylokokken hervorgerufene Hautkrankheit, die an erster Stelle auch lokal und nicht vorwiegend mit Drasticis, Diureticis etc. oder ausschliefslich mit

Arsenik behandelt werden sollte. Selbstverständlich ist der allgemeine Gesundheitszustand der Patienten, insbesondere sind die etwaigen bestehenden Verdauungsstörungen, Chlorose, Skrophulose etc., zu beseitigen.

Vor allem mufs die reizbare oder die bereits gereizte Haut gegen das Eindringen von Kokken, überhaupt gegen die Luft und gegen alle Reize durch Linimente (Aqua calcis, Oleum olivarum aa), auf englisch Lint gestrichen, verbunden werden; dies besonders bei frischem, akutem Eccema rubrum. Hier sind auch milde Salben, Puder und die Zinkleime am Platze. Vielfach wird sich die Wahl der Mittel nach der Körperregion richten, die gerade befallen ist. Wenn das akute Stadium und das squamöse Ekzem vorhanden ist, wird die Hebrasche Diachylonsalbe, auf Leinewand gestrichen, 1—2 Mal täglich frisch appliciert. Vor jeder neuen Applikation mufs die Hautoberfläche mit etwas Olivenöl und einer leichten Karbollösung gereinigt werden. Sind nach 1—2 Wochen die Exkoriationen abgeheilt und nur noch gerötete Stellen vorhanden, so kommen Teerpräparate in Anwendung, allerdings unter steter Beobachtung der Patienten, da der Teer nicht selten eine Dermatitis erzeugt.

Bei Ekzemen mit verdickter Epidermis leistete dem Verfasser die Applikation von grüner Seife gute Dienste. *C. Berliner-Aachen.*

Thyreoidextrakt in einem Falle von Ekzem, von J. D. Menzies. (*Brit. med. Journ.* 24. März 1894.) Eine 42jährige Waschfrau litt an einem akuten, typischen, impetiginösen Ekzem, verbunden mit Exsudation und intensivem Jucken. Die Patientin erhielt täglich drei Thyreoidtabletten. In 24 Stunden begann sie sich zu schälen, fühlte sich weit besser. Nach etwa 14 Tagen war sie geheilt. Verfasser berichtet, dafs sich ihm das Thyreoidextrakt auch lokal besonders in folgenden Fällen als ein nützliches Mittel erwiesen habe: 1. bei serpiginösen Geschwüren; 2. bei offenen Bubonen spezifisch blennorrhoischen Ursprunges; 3. bei harten Schankergeschwüren etc. Die Firma Burroughs, Wellcome & Co. fabriciert einen vorzüglichen Thyreoid-Cream. *C. Berliner-Aachen.*

Ichthyol bei Ekzem, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Cincinnati Lancet Clinic.* 1893. No. 1.) Der Verfasser berichtet über fünf Ekzemfälle, in welchen Ichthyol in 5—10%iger Lösung prompten Erfolg brachte. Die Wirkung beruhte wohl auf Oxydation und ist wohl auch eine adstringierende. Auch die Nervenenden werden analgetisch, was eine Abnahme des Pruritus und der Schmerzen bedingt. Intern wird Ichthyol, 30—60 Tropfen pro die in Thee gereicht; der Appetit hebt sich. Diarrhoen treten nicht auf. Auf das Eccema seborrhoicum hat das Ichthyol keine Wirkung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur internen Behandlung des vesikulösen Ekzems, von L. Phillips. (*Brit. med. Journ.* 27. Januar 1894.) Dafs es eine Anzahl von Ekzemfällen giebt, welche allen lokalen therapeutischen Mafsnahmen trotzen und sich weiter ausbreiten, steht fest. Namentlich sind es solche, welche mit gastro-intestinalen Störungen einhergehen und vielleicht in diesen selbst ihre Ursache haben. Verfasser hat deshalb bei der Behandlung solcher Fälle auf die Verdauung und Ernährung durch interne Mittel einzuwirken gesucht. Bekannt ist die wohlthätige Wirkung des Calciumsulfids auf den Ernährungszustand der Haut bei Scrophuloderma. Dasselbe Mittel hat Verfasser auch beim Ekzem gebraucht, aber keinen Erfolg erzielt.

Ichthyol in Pillen schien in einigen Fällen sehr gut zu wirken. Negativ war das Resultat bei dem Gebrauche von Calciumchlorid, das neuerdings so warm empfohlen worden ist. Thyreoidpräparate ergaben beim Ekzem ein negatives Resultat, während die Hypophosphite gelegentlich sich nützlich erwiesen. *C. Berliner-Aachen.*

Fall von jährlicher Häutung, von M. James Sligh. (*Intern. med. Mag.* 2. Mai 1893.) Der 36jährige Patient giebt an, jährlich am 24. Juli krank zu werden und dann nach einigen Tagen Haut und Nägel zu verlieren. Verfasser und sein Assistent beobachteten nun den Verlauf der Erkrankung im Jahre 1892, welche pünktlich zu der vom Patienten vorausgesagten Stunde, den 24. Juli, 5 Uhr nachmittags, sich einstellte. Es trat Schwindel, Übelsein auf, 1½ Stunden später starkes Schütteln ohne Gefühl von Hitze und Kälte; Gesicht und oberer Teil des Thorax waren intensiv rot, die Atmung angestrengt; Puls 87, Temperatur 37,3; Haut kühl und trocken; Gefühl von Eingeschlafensein in den geröteten Körperteilen. Nach 7 Uhr erfolgte Erbrechen, das Schütteln schwand. Die Brechneigung blieb bis 9 Uhr 45 Minuten bestehen, die Röte breitet sich über den ganzen Körper aus; Puls 90, Temperatur 38,8. Bald darauf schlief Patient ein, das Gesicht war blafs, der übrige Körper rot. Am folgenden Tage Klagen über Schmerzen in den Knochen, Schwäche, Nervosität, Appetitlosigkeit. So lange hatte sonst die eigentliche Erkrankung nur 1—2 Mal gedauert. Am 28. Juli — diesmal auch später, wie sonst — begann die Epidermis an Hand und Praeputium sich zu lösen, über dem ganzen Körper entstanden kleine Bläschen, eine klare Flüssigkeit enthaltend, die am 31. Juli verschwunden war. Die Haut war an diesen Stellen von der Unterlage abgehoben und liefs sich nach einem Bade in Fetzen ablösen; nur die unteren Extremitäten häuteten erst am 3. August. Die neue Haut ist zart und weich, wird aber bald rauh und hart.

Diese Häutung war bei dem Patienten seit seiner Kindheit nur einmal ausgeblieben, als er gerade eine Blennorrhoe hatte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von „Skin Shedding“ (Hautabschuppung), von H. W. Blanc. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Januar 1893.) Ein 20jähriges Mädchen erkrankte nach einer Erkältung unter leichter Temperatursteigerung, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen; Zunge belegt; Gesichtshaut geschwollen. An Gesicht, Nacken, oberer Brusthälfte zeigt sich ein sich allmählich über den ganzen Körper ausbreitendes Erythem. Es folgt nach drei Tagen eine starke Schuppung der Haut in ganzen grofsen Fetzen. Die Nägel wurden lose, stiefsen sich aber nicht ab, was bei den beiden früheren Anfällen, welche die Patientin durchgemacht, der Fall gewesen war. Neun ihrer nächsten Verwandten waren auch von diesem Leiden ergriffen worden. Dieses Erythema exfoliativum unterscheidet sich von Scarlatina dadurch, dafs mehrmalige Erkrankung vorkommt, es nicht ansteckend, das Fieber gering, der Puls nicht frequent ist. Der Ausschlag schwindet sehr schnell, die Abschuppung ist eine aufserordentlich bedeutende; Albuminurie besteht nicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b. *der Cutis.*

Ein neuer anaerober Bacillus des malignen Ödems, von Novy. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.* Bd. 17; *Ref. med.* 1894. No. 142.) Derselbe ist sehr dünn, an beiden Enden leicht abgerundet und mit langen Geiselfäden versehen, die sowohl von den Seiten als von den Enden abgehen; er zeigt mäfsige Beweglichkeit, die im hängenden Tropfen ganz fehlt; nach der Löfflerschen Methode ist er leicht färbbar. Sporenbildung fehlt, dennoch ist der Bacillus sehr widerstandsfähig. Er läfst sich am besten kultivieren auf schwach alkalischer Bouillon, Gelatine, Agar mit Zusatz von 2% Pepton und 2% Traubenzucker. Temperaturoptimum 35—38° C.

Die Kolonien sind weifs und von der Gröfse eines Stecknadelkopfes; unter dem Mikroskop bieten sie das Aussehen eines Fadenknäuels. Vom Bacillus des malignen Ödems (Pasteur und Koch), sowie demjenigen des Milzbrandes unterscheidet er sich durch folgende Merkmale: er bewegt sich nicht so lebhaft wie diese, bildet keine

Sporen, führt viel häufiger von den langen Geiselfäden, ist zuweilen kommaartig gekrümmt und bildet hie und da Aggregate in Gestalt von Fäden.

Der Bacillus erweist sich Tieren gegenüber als ziemlich virulent, indem der Tod in 12—36 Stunden eintritt nach folgenden Erscheinungen: starker Temperaturabfall, Bewegungsbehinderung, dann Unruhe, aufgetriebenes Abdomen, hie und da Krämpfe und konvulsivisches Zittern. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über eigenartig verlaufene septikopyämische Erkrankungen nebst Bemerkungen über akute Dermatomyositis, von A. Fränkel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 9.) Bei vielen akuten Infektionskrankheiten beobachten wir Veränderungen an peripheren Teilen, Haut, Gelenken, Knochen etc., und zwar durchaus nicht nur bei den exanthematischen. So die Roseola, die sekundären Erytheme in ihren verschiedenen Formen, welche zuweilen zu den schwersten Störungen des Allgemeinbefindens Veranlassung geben. Es handelt sich in diesen Fällen wahrscheinlich um Sekundärinfektionen, welche meist von Ulcerationen in Mund und Hals ausgehen. Bekannt sind auch die Gelenkaffektionen im Verlaufe verschiedener Infektionskrankheiten, weniger die von Ponfick jüngst geschilderten Knochenveränderungen. Sehr selten sind die auf infektiöser Basis beruhenden Muskelerkrankungen; zu diesen zählen die wachsartige Degeneration bei Ileotyphus, die luetische Myositis (gummosa und diffusa) und die Myositis suppurativa, die gleichfalls umschrieben oder diffus auftreten kann. Die Ätiologie der diffusen suppurativen Myositis ist sehr dunkel, weshalb Walther sogar eine idiopathische Form annimmt. Derselbe beobachtete 19 Fälle, darunter acht mit tödlichem Ausgange. Scribe sah vier Fälle, bei denen Furunkel oder Schleimhauteiterungen den Ausgangspunkt zu bilden schienen. Eine vierte Form entzündlicher Muskelerkrankung ist zuerst 1887 von E. Wagner, Hepp und Unverricht beschrieben; sie ist ein Morbus sui generis, verläuft mit Fieber, bewirkt Schwellung und Schmerzhaftigkeit, geht mit gewissen Veränderungen der über den erkrankten Muskeln oder auch an anderen Stellen liegenden Haut einher. Dieselbe ist ödematös, gerötet; auch erythem-, urticaria-, roseola-, purpuraartige Exantheme kommen vor. Auch Schling- und Atembeschwerden, Gedunsenheit des Gesichts können bestehen, so dafs Hepp das Leiden als Pseudo-Trichinosis bezeichnete. Die meisten Fälle enden tödlich. Milztumor gewöhnlich vorhanden. Unverricht nannte das Leiden zuerst Polymyositis acuta progressiva, später Dermatomyositis acuta.

Verfasser hat drei Fälle diffuser Muskelerkrankung beobachtet; der eine entsprach der Schilderung von Unverricht, die beiden anderen stellen pyämische, resp. septikämische Muskelerkrankungen dar. Es folgt eine genaue Schilderung der drei Krankengeschichten, die wiederzugeben uns hier zu weit führen würde.

Der erste Fall verlief in sechs Tagen tödlich; in den Muskeln fand man ödematöse Durchtränkung, Trübung der Substanz, Hämorrhagien, aber keine Spur von Eiter; von leukocytärer Infiltration war fast nichts zu sehen. Ähnlich verhielten sich auch die Muskelveränderungen bei den anderen bekannten Fällen. Die beiden anderen Kranken beweisen, dafs der Eiterung an den Muskeln auch bei pyämischen Formen ein entzündliches Ödem wochenlang vorausgehen kann, dafs sich in den Muskeln Mikrokokken befinden, die Menge und Verteilung derselben aber sehr verschieden ist. Der Ausgangspunkt im zweiten Falle ist eine Strumacyste, im dritten eine Otitis media acuta. Für den ersten Fall, die eigentliche Dermatomyositis, nimmt der Verfasser die Entstehung im Anschlufs an eine chronische Mitteleiterung an; er betrachtet sie auch als septikämische, durch Streptokokken bedingte Infektion. Dieselbe Erklärungsweise glaubt er für die anderen akuten Fälle annehmen zu können, welche in der Litteratur veröffentlicht sind. Wundflecken, Stomatitis, Angina, Diphtherie und ähnliche Leiden bilden die Vermittler.

Genaue Studien der betreffenden Krankengeschichten rechtfertigen diese Ansicht. Wo Bakterien in den Muskeln nur in geringer Menge gefunden werden, kann man auch eine durch toxische Produkte derselben ausgelöste Entzündung annehmen. Die erwähnten infektiösen Erytheme bilden ein Analogon, die bald durch direkte Verschleppung von Mikroorganismen, bald durch die Toxine derselben erzeugt werden.

Beim Suchen nach der Invasionsstätte wird man auch alle Nebenhöhlen des Schädels zu durchforschen haben, zu denen Verfasser die Paukenhöhle, die Oberkieferhöhle etc. zählt. Die Otitis media kann auch ohne Vermittelung einer Sinusthrombose zu allgemeiner Sepsis führen. Der von Strümpell gemachten Trennung von primärer und sekundärer, eiteriger und nicht eiteriger Polymyositis kann Verfasser nicht ganz zustimmen. Die Bezeichnung „primär" ist oft nur eine Umschreibung dafür, dafs wir die Entstehungsweise des Leidens nicht kennen.

In der sich an den im Verein für innere Medizin zu Berlin gehaltenen Vortrage anschliefsenden Diskussion spricht zunächst

G. Lewin: Ihm sind 23 Fälle septischer Myositis bekannt. Der Nachweis der Streptokokken ist von grofsem Interesse. Strümpell und Pfeiffer haben Gregarinen gefunden. Man hat auch als Ursache eine Autoinfektion vom Digestionskanal aus angenommen, jedoch sprechen die Komplikationen, die zuweilen sehr lange dauern, dagegen. In vier Fällen wurde Purpura, in neun Erythem, in zwei Erythema nodosum, in anderen Urticaria, Herpes beobachtet, was auf fremde Körper, z. B. Mikrobien, im Blutkreislauf deutet. In einem Falle fand L. als Ursache eine Spondylitis der konkaven hinteren Fläche des 5. und 6. Halswirbels. Vielleicht wäre für derartige und ähnliche Fälle auch eine andere Erklärung anzunehmen. Bekanntlich sind Tiere immun gegen gewisse Krankheiten und Gifte; diese Giftstoffe aber behalten, in den Muskeln hauptsächlich abgelagert, ihre verderbliche Wirkung auf Menschen, die nicht gegen sie immun sind. So konnten durch den Genufs scheinbar normalen, in Wahrheit aber giftdurchsetzten Fleisches Intoxikationen der verschiedensten Art entstehen. Was die luetische Myositis betrifft, so ist eine umschriebene und diffuse gummöse Myositis zu unterscheiden; von letzterer hat Lewin sechs Fälle beobachtet, über die er berichtet. Bei der Myositis syphilitica fehlen von den vasomotorischen Erscheinungen die Röte und ebenso die spontane Schmerzhaftigkeit. Der Ausgang ist nicht Eiterung, sondern Resolution oder Atrophie oder Schwielenbildung. Wo Bewegungen schmerzhaft sind, erhält man scheinbare Lähmungen, so dafs eigentümliche Krankheitsbilder vorgetäuscht werden. Unter 41 Kranken waren 26 Männer und 15 Frauen. Seit der Infektion waren wenige Monate oder auch viele Jahre verflossen. Exantheme, Angina, Kochenaffektionen können gleichzeitig vorhanden sein. Meistens wird die Affektion für eine rheumatische gehalten.

Schwabach spricht über die Beziehungen von Ohrenaffektionen zur Sepsis und Myositis.

B. Levy zieht die Bezeichnung Polymyositis vor, da die Hautaffektionen nebensächliche Bedeutung haben und nicht immer vorhanden sind. Die teigige Konsistenz der erkrankten Muskeln hat er in seinen Fällen nicht gefunden. Zu berücksichtigen ist auch die Theorie von Wätzold, welcher glaubt, dafs die Kokken sich erst sekundär in den erkrankten Muskeln angesiedelt hätten.

Litten hat zwei Fälle gesehen; in dem ersten handelte es sich um Sepsis, er ging mit kolossalen Hämorrhagien auf der ganzen Körperoberfläche einher und endete tödlich. Der zweite zeigte auch das charakteristische Bild, war durch Kohlenoxydgasvergiftung hervorgerufen und endete in Genesung.

Senator will die primäre und sekundäre Dermatomyositis trennen, nicht alle Fälle sind septischen Ursprungs und parasitärer Entstehung. Ein Teil beruht sicher

auf Intoxikation. Die Ansicht Lewins, dafs nur infektiöse Leiden Exantheme hervorrufen, ist durch die Arzneiexantheme widerlegt.

A. Fränkel (Schlufswort): Das Resultat seiner Ausführungen ist erstens, dafs die akuten Fälle diffuser, nicht eiteriger Myositis meistens parasitärer Entstehung sind, zweitens, dafs künftig auf Bakterien und eine Invasionsstelle mehr gefahndet werden mufs. Die als primär bezeichneten Fälle lassen eine gründliche Untersuchung vermissen. Wie schwer es ist, zuweilen einen Ausgangspunkt für pyämische Erkrankungen zu finden, illustriert er an einem Falle, in dem als Ursache einer eiterigen Pericarditis ein nach Blennorrhoe entstandener Prostataabscefs gefunden wurde.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beiträge zur Ätiologie und Therapie des Erysipels und Erysipeloids, von S. Felsenthal. (*Arch. f. Kinderhlkde.* Bd. XVI.) Glück hat früher das Krasnesche Verfahren bei Erysipel dahin modificiert, dafs er nach oberflächlichen und tiefen Skarifikationen Jodoform einrieb, resp. Jodoformgaze einlegte. Jetzt hat er noch die manuelle Einreibung von 60%iger Ichthyolsalbe oder Ichthyollösung hinzugefügt. Der Erfolg soll eklatant sein, 5—6 Tage nach Beginn der Behandlung trat Fieberlosigkeit ein. (Das wäre wohl mit Ichthyol ohne die schmerzhaften Sarifikationen auch zu erreichen gewesen. Ref.)

Betreffs der Ätiologie suchte Verfasser zu ergründen, ob nur Streptokokken Erysipel zu erzeugen vermögen. In 15 Fällen fand er 14 Mal Streptococcus, in 4 Fällen darunter zusammen mit Staphylococcus pyogenes aureus. In einem Falle von Erysipel bei akuter, infektiöser Osteomyelitis fand er nur letzteren in Reinkultur sowohl in der Haut, wie im Blute und im Knochenmark. Er will deshalb zwei Formen unterscheiden, das gemeine primäre Erysipel, das fast nur durch Streptokokken bewirkt wird, und das sekundäre Erysipel, das sich an bestehende Infektionskrankheiten anschliefst und bedingt wird durch den Erreger dieser Krankheiten.

Schliefslich berichtet er über vier Fälle von zoonotischem Erysipeloid; dreimal konnte er den Rosenbachschen Mikroorganismus züchten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erfahrungen über Erysipelas faciei, von Werner. (*Memorabilien.* 1894. Heft 5.) Der Verfasser berichtet über 213 Fälle von Erysipelas, die er in seiner Praxis in kleinem Orte während 35 Jahren gesehen hat. Es waren 76 männliche und 137 weibliche Patienten. Die meisten Fälle fielen in das 30. bis 50. Lebensjahr. 25 von den Fällen sieht Verfasser als schwere an, davon starben 8, d. h. im ganzen 3,75% Sterbefälle. Die acht Fälle werden mitgeteilt. Nach Bericht über diagnostische Schwierigkeiten, die einige Fälle gemacht, kommt der Verfasser betreffs der Erfolge der Behandlung zu einem recht betrübenden Resultat. Alle Mittel und Mafsnahmen, auch das Ichthyol, schienen ihm keinen Einfluls auf die Ausdehnung und den Verlauf der Krankheit zu haben, er stellt sich deshalb ganz auf den Standpunkt Gläskes. (Es dürfte kaum viele Ärzte in kleinen Städten geben, die solch genaue Notizen über ihre Patienten haben, wie der Verfasser. Daran kann man sich ein Beispiel nehmen. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gesichtsrose und Herz, von L. Gaillard. (*Méd. mod.* 1894. No. 12.) Während Jaccoud häufig Herzleiden nach Erysipel sah, ist das nach Verfasser selten; er sah diese Komplikation unter 350 Fällen sechsmal. Vorher schon bestandene anämische, febrile Geräusche müssen natürlich ausgeschlossen werden. Es kann eine Endo- Peri- oder Myocarditis hinzutreten. Erstere kann eine einfache oder auch eine maligne, durch Kokkenansiedelung an den Klappen bedingte sein. Verfasser hat nur die erstere Form einmal gesehen, das Herzgeräusch war aber beim Austritt des Patienten geschwunden. Aber auch Pericarditis fand er zweimal, es waren leichte Formen; es

kommen aber auch septische vor mit Erguſs, sekundärer Pleuritis, Pneumonie, Nephritis. Es kann die Pericarditis aber auch erst bedingt sein durch eine bei Erysipel auftretende Nephritis. Myocarditis ist äuſserst selten; einen geheilten Fall hat Verfasser gesehen. Die Kontrolle des Herzens ist, wenn auch das letztere selten erkrankt, bei Erysipel nicht zu unterlassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Jaccoud berichtet über einen Fall von akuter **Endocarditis als Komplikation eines Erysipels.** Dem letzteren war eine Angina mit Infiltration der submaxillaren Lymphdrüsen vorausgegangen; derselben schenkte aber der Patient wenig Beachtung und begünstigte dadurch den Ausbruch des Erisypels. Verfasser ist nämlich überzeugt, daſs der entzündete Rachen dem pathogenen Streptococcus dieser Affektion als Eintrittspforte dienen kann. (Nach *Rif. med.* 1894. No. 63.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

An der Hand von zwei Fällen bespricht Roger (in einem klinischen Vortrage am Hôtel Dieu in Paris) den engen Zusammenhang zwischen **Erysipel und Pneumonie.** Während sich derselbe leicht erklären läſst in den Fällen von Gesichtserysipel, wobei Mund- und Rachenschleimhaut das Bindeglied bilden, ist die Interpretation viel schwieriger da, wo diese Kontinuität nicht nachzuweisen ist. Bei der Streptokokken-Pneumonie fehlt meist die Ausbildung eines fibrinösen Reticulums in den Alveolen (Broncho-Pneumonie), während dieses im Gegenteil sehr ausgeprägt ist bei der gemeinen sekundären Pneumonie (croupöse Pneumonie). Beim Erysipel werden nun beide Arten von Pneumopathien als Komplikationen angetroffen: die Broncho-Pneumonie (cum streptococcis) als sekundärer Herd einer primären Infektion, oder eine gemeine Pneumonie als primärer Herd einer sekundären Affektion. Der klinische Verlauf ist bei beiden ungefähr derselbe. (*Presse méd.* 10. März 1894; *Rif. med.* 1894. No. 67.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Bei **Erysipel der Kinder** wendet Tordens (*La Clinique.* 1892/93) mit gutem Erfolge äuſserlich Kompressen von Kampferspiritus unter Zusatz von 0,5‰ Sublimat an. Innerlich verordnet er Antifebrin und gleichzeitig Resorcin, von denen das erstere antithermisch, das letztere antiseptisch wirken soll. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Catrin nimmt, in Anbetracht der groſsen Verschiedenheit im Auftreten des Erysipels, eine **veränderliche Virulenz des Streptococcus erysipelatis** an, welche z. B. eine Vermehrung erfährt durch Association mit dem Ebertschen Bacillus. (*Progrès méd.* 1894. No. 20). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Erysipelas genitalium durch eine inficierte Salbe hervorgerufen, von Peckham. (*Med. News.* 11. Februar 1893.) Eine Mutter hatte eine kleine Abschürfung an den Genitalien ihres kräftigen Kindchens mit einer Salbe eingerieben, die eine Verwandte sechs Wochen früher zur Heilung eines Halsabscesses gebraucht hatte (diese hatte dabei mit den Fingern in den Salbentopf gestippt; es war eine Petroleumsalbe), das Kind bekam ein starkes Erysipel, das über die ganze untere Körperhälfte wanderte und mancherlei Abscedierungen hervorrief. Die bakteriologische Untersuchung ergab den Streptococcus pyogenes im Blut, im Abscefseiter und in der fraglichen Salbe. Das Interessanteste ist, daſs durch diesen Fall die Identität des Eiterstreptococcus mit dem des Erysipels festgestellt ist, und daſs sich derselbe ca. 40 Tage in der Salbe virulent erhielt. *F. Hahn-Bremen.*

In einer Betrachtung über **abgeschwächtes primäres Erysipel** kommen Jubel-Rémoy und Bolognesi auf Grund eines groſsen Beobachtungsmaterials zum Schlusse, daſs die Integrität des Nierenparenchyms als Hauptbedingung für einen

günstigen Verlauf der Affektion zu betrachten sei. Dementsprechend reichen sie ihren Patienten (neben örtlicher Behandlung) grofse Mengen Flüssigkeiten, wodurch das Blut gleichsam ausgewaschen und von seinen infektiösen Bestandteilen gereinigt werden soll. (*Arch. gén. de méd.* Juli 1893.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von Erysipelas ventriculi, von A. Ucke. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1894. No. 11.) Zur Illustration des Fortschreitens des erysipelatösen Prozesses auf die tieferen Schleimhäute führt Verfasser einen Fall vor: Ein Soldat wird von einem Erysipel der Halsgegend befallen, das sich auf Gesicht, Brust und Rücken ausdehnt. Dazu tritt Rötung und Schwellung der Zunge, der Rachenschleimhaut, Heiserkeit, Schluckbeschwerden; Tod durch hypostatische Pneumonie.

Die Sektion ergiebt als besonders interessant am Cardiateil des Magens die Schleimhaut in der ganzen Peripherie von Bläschen besetzt, die zum Teil leicht gelblich gefärbten Inhalt haben, zum Teil geplatzt sind, so dafs die Submucosa blofs liegt. Mikroskopisch fand man das Epithel am Übergange der Speiseröhre in den Magen abgehoben, dann wieder angelegt und in das Cylinderepithel der Magenschleimhaut übergehend. Gefäfse und Lymphbahnen erweitert; kleinzellige Infiltration. Etwas abwärts von der Übergangsstelle des mehrschichtigen Pflaster- ins einschichtige Cylinderepithel in jedem Schnitte die Lymphspalten Ketten-Kokken enthaltend.

Verfasser sieht die Kokken als die Fehleisenschen an und betrachtet den Fall als einen sicheren Fall von Erysipel des Magens. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Erysipels mit hypodermatischen Injektionen von Karbolsäure, von J. McFadden Gaston. (*The Atlanta Med. and Surg. Journ.* April 1894.) Seit zehn Jahren behandelt der Verfasser Erysipelfälle mit hypodermatischen Injektionen einer Lösung von Karbolsäure in Glycerin und destilliertem Wasser ($12^1/_2$%ig) und hat nur wenige Mifserfolge zu verzeichnen. Nur in ganz vereinzelten Fällen ist durch die Injektion eine lokale Reizung entstanden. Selbstverständlich darf auch die interne Therapie nicht vernachlässigt werden. Der Verfasser giebt im Beginn als Evacuens Kalomel. Nach vollständiger Entleerung wird als Roborans eine Eisentinktur (20 Tropfen, dreimal täglich) verabreicht, bis 30 g verbraucht sind.

C. Berliner-Aachen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

In seiner *„Revue de chirurgie“* publicierte Fort im Laufe des Jahres 1893 die Krankengeschichten von über 50 Fällen von ein- und mehrfachen, meist weichen **Urethralstrikturen**, die er in kürzester Zeit mittelst Elektrolyse definitiv heilte. Das Verfahren ist folgendes: Untersuchung der Urethra (unter Kokainanästhesie) mit „boules exploratrices“ zur Feststellung von Sitz, Zahl und Konsistenz der Strikturen. Vor der Operation wird der Patient auf Milchdiät gesetzt; als Medikament erhält er Balsamica. Desinfektion der Urethra mit 3%iger Borsäurelösung. Die positive Elektrode wird auf die Inguinalgegend gesetzt, die negative repräsentiert der „Electrolyseur“, dessen Hauptbestandteil ein stumpfes Platinmesser bildet. Die Harnröhre mufs für eine Bougie No. 5 durchgängig sein, im anderen Falle wird 1—2 Tage vorher bougiert, bis dies Kaliber erreicht ist. Der mit einem dünnen Leitungsdrahte versehene „Electrolyseur“ wird nun in die Urethra eingeführt, bis das Messer an die Striktur stöfst, worauf der Strom geschlossen wird (im Mittel 10 Milliampères) unter leichtem Aufdrücken des Fingers auf den am Pavillon des Apparates angebrachten Elfenbeinknopf, bis die Striktur nach $^1/_3$—3 Minuten durchschnitten ist. Ausspülen

der Urethra mit Borlösung. Nachbehandlung: möglichst langes Anhalten des Urins, Milchdiät; nach zwei Tagen progressive Dilatation (14—25 Charrière).

C. Müller-Freiburg (Schweis.)

Den retrograden Katheterismus bei impermeablen Strikturen bespricht Sonnenburg in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins in der Sitzung vom 13. November 1893 an der Hand eines vorgestellten Kranken. In dem letzten Jahre gelang es dem Vortragenden in drei Fällen nicht, bei impermeabler Striktur nach Urethrotomia externa den Weg in die Blase zu finden, da dieselbe derartig von Narben und Fisteln umgeben war, wie er es nur selten gesehen. Dieser Umstand gestattete auch nicht, nach Dittel die Pars membranacea nach Ablösung des Mastdarmes aufzusuchen. Deshalb griff der Vortragende zur Epicystotomie und zum retrograden Katheterismus und ist mit diesem Verfahren sehr zufrieden. Bei diesem Kranken war es auch nötig, einen ganzen Teil der Harnröhre neu zu bilden, was auch gut gelang.

Rose hat nur einmal den Katheterismus posterior nötig gehabt und guten Erfolg gesehen. Es genügt wohl im Notfalle auch die Eröffnung der erweiterten Teile vom Damm aus, um besonders die durch Stauungsdilatation bedingte Inkontinenz bei impermeablen Strikturen zu beseitigen.

v. Bardeleben ist noch stets mit der Urethrotomia externa zum Ziele gekommen, was er als glücklichen Zufall betrachtet. Er hat also noch niemals den Katheterismus posterior ausgeführt. Die Stauungsdilatation hat er auch gefunden, sie hat ihm ermöglicht, dicke Glasröhren nach Spaltung der Striktur in die Blase einzulegen.

v. Bergmann ist ein Freund des retrograden Katheterismus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die „weiten" Verengerungen der Urethra, von M. J. Albarran. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1893. 10. Novbr.) „Weite" Strikturen sind solche, die wegen der Geringfügigkeit der Symptome nur bei genauer Untersuchung gefunden werden. Oft bilden dieselben nur den Übergang zu den engen Strikturen, in anderen Fällen, — besonders, wo die Blennorrhoe 30—40 Jahre zurückliegt — kommt es zu einer langsam fortschreitenden sklerosierenden Entzündung der Schleimhaut. Die weiten Strikturen sitzen vornehmlich im bulbösen Teile, sind solitär oder multipel. Die Erscheinungen sind die einer chronischen Urethritis; Komplikationen bestehen in Urininfektionen, ausgehend von der hinter der Striktur liegenden Schleimhaut, auf der eine granulöse Entzündung sich abspielt. Infektiöse Periurethritis und Harnabceſs können vorkommen. Methodische Dilatation und interne Urethrotomie bilden die Behandlung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Urethralverengerung beim Weibe, von E. Loubeau. (*Arch. de Tocol. et de Gynécol.* April 1893.) Urethralverengerungen sind bei Frauen selten; sie können kongenital sein, sind jedoch meistens acquiriert. Die blennorrhoische Form ist sehr selten, die narbige kann durch Geschwür oder Trauma bewirkt werden. Die Folgen sind meist wenig ins Auge springend infolge der Erweiterungsfähigkeit des Kanals, der Verlauf ist aber ein progressiver; von der Vagina aus gelingt es oft, die urethrale Verdickung zu fühlen. Anamnese und Katheter führen zur Diagnose; entzündliche Schwellungen, Krampf der Urethra, Tumoren, Deviationen durch Vesico-Vaginalfisteln sind auszuschließen. Die Therapie erheischt je nach dem Falle Katheterismus, Incision, Elektrolyse, Dilatation. Verfasser berichtet über einen Fall, in dem Striktur der Urethra nach Entfernung eines Polypen mittelst eines Cauteriums entstanden war, und durch Urethrotomia interna geheilt wurde.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Entstehung der Mifsbildungen der Harnblase und Harnröhre, an der Hand der Entwickelungsgeschichte bearbeitet von Paul Reichel. Aus dem Labora-

torium der Königl. chirurgischen Klinik zu Würzburg. (*v. Langenbecks Arch.* Bd. XLIV. Heft 4.) Die vorliegende fleifsige Studie führt zu folgenden Ergebnissen:

1. Die bei weitem gröfste Mehrzahl der Mifsbildungen der Harnröhre und Harnblase, insbesondere die Spaltbildungen, sind einfache Hemmungsbildungen; ihre Genese läfst sich ungezwungen an der Hand der Entwickelungsgeschichte ableiten.

2. Am frühesten entstehen die verschiedenen Arten der Bauch-Blasenspalte und der Epispadie infolge vollkommenen oder teilweisen Ausbleibens der Verschmelzung der Ränder der Primitivrinne zum Primitivstreifen in dem hinter der Aftermembran gelegenen Abschnitt.

3. In die 4. bis 6. Woche des Fötallebens fällt die Entstehung der Kloakenmifsbildung mit oder ohne gleichzeitige Blasenspalte, bedingt durch ausbleibende oder ungenügende Entwickelung und Verwachsung der Rathkeschen Falten. Ihr geringster Grad ist die Persistenz des Kloakenganges.

4. Auf einer ca. in der 7. bis 14. Woche eintretenden Störung in der Verschmelzung der Ränder der Genitalrinne zur Urethra des Mannes beruht die Bildung der Hypospadie. Die Störung ist in eine um so frühere Zeit zu verlegen, je weiter nach hinten die Urethra mündet, für die Eichelhypospadie erst in den Anfang des vierten Monats zu datieren. Als ursächliches Moment spielt für letztere das Ausbleiben der Entfaltung des Urethralseptums im Bereiche der Eichel eine grofse Rolle.

5. Die Verschliefsungen der Urethra sind teils durch völliges oder teilweises Unterbleiben der Öffnung des Urethralseptums, teils durch sekundäre Verwachsungen veranlafst; letztere kommen allein in Betracht für die Atresien des zentralen Teiles der Urethra.

6. Die mannigfachen Arten der Verschliefsungen des Mastdarmes, sowie die abnormen äufseren Ausmündungen desselben sind gleichfalls durch Verwachsung fötaler Gewebsabschnitte zu erklären. Nur für die Atresia recti an der Grenze von Analportion und eigentlichem Mastdarm besteht die Möglichkeit einer einfachen Hemmungsbildung.

Sechzehn Holzschnitte erläutern die Ausführungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Retentio urinae, verursacht durch eine Injektion von Bleiwasser in die Urethra, von Liaras. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux.* 1893. No. 13.) Ein Patient mit akuter Blennorrhoe injicierte sich zur „Coupierung" derselben zwei Spritzen voll einer Lösung von Liquor plumbi (20 Tropfen auf ein Glas Wasser). Resultat: hochgradige Cystitis und Urethritis mit Unmöglichkeit, den Harn spontan zu entleeren, infolge der bedeutenden Schwellung der Harnröhrenschleimhaut. Nach Verschwinden der entzündlichen Erscheinungen: Instillationen von Argentum nitricum-Lösungen (1/∞); verhältnismäfsig rasche Heilung. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Drei geheilte Fälle von Harnfisteln, ein Beitrag zur praktischen Bedeutung der Sekundärnaht, von Hermann Wittzack-Frankfurt a. M. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 19.) Die Heilung der Harnfisteln wird bei allen Verfahren durch den Urin gehemmt; es tritt Urininfiltration und Zerstörung der jungen Adhäsionen durch zersetzten Harn ein. Zur Verhütung dieses Umstandes ist vor allem die Sekundärnaht ohne Drain nach Kocher von Wichtigkeit, die Verfasser im Gegensatz zu manchen anderen Autoren empfiehlt. Es handelt sich bei der Operation der Harnfisteln darum, Harn ohne Gärungserreger zu erzielen und die Bildung von Wundsekreten zu verhüten. Ersteres erreicht man am besten durch Salicylsäure, die sich in Liquor Ammonii acetici (1 : 8) löst und in dieser Lösung in jedem Verhältnis mit Wasser verdünnt werden kann. 3,0 pro die reichen aus, um aseptischen Harn antiseptisch zu machen, 5,0, um vorhandene Gärungsprozesse zu ver-

nichien. Der Urin bleibt nach Salicylsäuredarreichung 8 bis 10 Tage, wenn er frei steht, ohne jeden Geruch.

Um zweitens Wundsekrete und damit die schädliche Mischung dieser mit dem Harne fernzuhalten, benutzt man die Sekundärnaht nach Tamponade der Wunde mit Jodoform oder Dermatolgaze. Diese legt die Wunde trocken, die dann nach der später folgenden Naht rapide heilt. Diese Austrocknung beseitigt nicht nur die Nachteile sekundärer Extravasation und Transsudation, sondern verhütet auch die Resorption von Giften und das Eindringen von Bakterien. Der Verweilkatheter fällt dabei fort, da er als Fremdkörper reizt, die Wundsekretion anregt und die Zersetzung des Harnröhrensekretes befördert, den Decubitus begünstigt. Giebt man Salicylsäure, so genügt das; solch schwere Zersetzungen, die selbst der Salicylsäure widerstehen, giebt es bei den sekundären Blasenkatarrhen, um die es sich in diesen Fällen handelt, doch sehr selten. Nötige Lappen zur Deckung des Defektes müssen stets wegen der Schrumpfung viel gröfser genommen werden. Drei Krankengeschichten illustrieren die guten Erfolge des Verfassers.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Verschlufsapparat der Blase berichtet Zeissl in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Sitzung vom 19. Januar 1894 (*Wien. klin. Wochenschr.* 1894. No. 4) nach im Laboratorium von v. Busch gemachten Versuchen mittelst Reizung des Nervus hypogastricus und Nervus erigens. Wurde letzterer gereizt, dann wurde eine Kontraktion des Detrusors, der Längsmuskulatur der Blase, dagegen eine Erschlaffung der Ringsmuskulatur des Sphinkters wahrgenommen. Gleichzeitig bewirkt die Reizung des Nervus erigens eine Erektion des Bulbus; war ein Katheter in die Pars pendula eingeführt, so hörte das Einfliefsen des unter starkem Druck denselben durchströmenden Wassers im Momente der Reizung auf. Reizung des Nervus hypogastricus bewirkte Schlufs des Sphinkters. Alle diese an kurarisierten Hunden gefundenen Resultate gaben auch Versuche an mit Morphium narkotisierten Tieren. Vom Nervus ischiadicus, ulnaris, medianus, radialis, phrenicus, splanchnicus aus läfst sich durch Reizung reflektorisch Kontraktion des Detrusors, Erschlaffung des Sphinkters erzielen, nicht aber vom Nervus vagus aus. Durch Reizung des Nervus hypograstricus wird bei geschlossener Blase keine Drucksteigerung im Binnenraume der Blase erzielt. Nach Ausschaltung des Detrusors konnte dadurch Steigen eines Wassermanometers, beruhend auf Kontraktion der Ringmuskeln, nachgewiesen werden. Wurde der Hypogastricus gereizt und während der Fortdauer des Reizes auch der Erigens, dann erfolgte entweder eine sehr geringe Kontraktion des Detrusors, oder die Wirkung der Hypogastricus-Reizung hob diejenige der Erigens-Reizung ganz auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Mechanismus des Blasenverschlusses, der Harnentleerung und die physiologischen Aufgaben der Prostata, von E. Finger. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 38. Jahrg. No. 93.) Der hintere Abschnitt der Pars posterior, die Pars prostatica urethrae, verdankt ihren Namen der sie umhüllenden Prostata, welches Organ nicht blofs Drüse ist, sondern einen viel komplexeren Bau, vielfache Funktionen besitzt. Die innere der Blase zugewandte Partie der Prostata besteht aus einem Ringmuskel glatter organischer Fasern — dem Spincter prostaticus internus. Das Mittelstück der Prostata nimmt nach vorn ihr drüsiger Anteil ein, dann folgt der zum Teil aus glatten, der Hauptsache nach aber aus animalischen, willkürlichen Fasern gebildete Spincter prostaticus externus. Den vorderen Teil der Pars anterior nimmt die sehr muskelreiche Pars membranacea ein, die zunächst nach innen eine breite Schicht glatter Muskelfasern besitzt, nach aufsen (vorne) zu aber folgt eine mächtigere Schicht quergestreifter Fasern, das Ganze bezeichnet man als Compressor urethrae. So bestehen im muskulären Teile der Harnröhre zwei Muskelapparate, eine schwächere,

dem Willen nicht unterworfene, d. i. Sphincter prostatae internus, und ein viel kräftigerer, d. i. Sphincter prostatae externus plus Sphincter partis membranaceae. Die Blase selbst besitzt keinen eigenen Sphincter, das Abfließen des Urins wird ausschließlich durch die Kontraktion der Harnröhrenmuskulatur verhindert. Sammelt sich Flüssigkeit in der Blase, so wird diese stets gegen das Orificium urethrae gedrängt, noch aber ist der Tonus des Sphincter prostaticus internus hinreichend, den Druck zu überwinden. Aber mit zunehmender Füllung der Blase steigert sich der Druck und wird endlich so bedeutend, daſs er den Tonus des Sphincter internus überwindet, diesen öffnet, worauf nun ein Teil des Urins in den hinteren Teil der Pars prostatica eintritt. Jetzt ist ein „Blasenhals" geschaffen. Dieser Augenblick des Eintritts der ersten Tropfen Urins in die Pars prostatica ist auch der erste Moment, in dem wir den Harndrang verspüren. Dieser wird ausgelöst durch den Druck des Urins auf die Schleimhaut der Pars prostatica. Alle physiologischen als klinischen Erfahrungen weisen darauf hin, daſs gerade diese Schleimhaut der Pars prostatica, in beliebiger Weise gereizt, das Gefühl des Harndranges vermittelt. Auch unter pathologischen Verhältnissen ist es die Reizung und Erkrankung der Pars prostatica, die stets von heftigem Harndrang begleitet ist. Zwei prägnante eigene Erfahrungen Finger's werden als Belege mit angeführt. Ebenso spricht das Verhalten der Kranken bei Urethritis posterior acuta für das eben Behauptete.

Jenen ersten Harndrang, der durch den Reiz der ersten Tropfen in der Pars prostatica bedingt ist, vermögen wir zu überwinden, indem wir die unserem Willen zugängliche Muskulatur des Sphincter prostaticus externus und Compressor urethrae innervieren. Steigert sich der Drang, dann tritt zur Überwindung desselben in letzter Linie die ganze Dammmuskulatur in Thätigkeit, und sowohl Urethra als Rectum werden krampfhaft geschlossen. Aller Urin wird nun aber nicht mehr in der Blase allein, sondern auch in der zu ihrer Vergröſserung beigezogenen Pars prostatica angesammelt, die Blase nimmt dann mehr und mehr die Birnform an. Durch die Einbeziehung der Pars prostatica in die Blase wird aber die Harnröhre bei voller Blase um ein wesentliches Stück kürzer, als bei leerer Blase, was Finger und Tommasoli experimentell festgestellt haben.

Nachdem der Sphincter prostaticus internus et externus anatomisch zur Prostata gehören, so ist damit die Rolle, die die Prostata beim Akt des Blasenverschlusses spielt, charakterisiert. Verfasser weist aber noch weitere der Prostata zukommende Funktionen nach, welche im ganzen folgendes leistet:

A. Die Muskulatur der Prostata wirkt je nach ihrer Verteilung als: 1. Sphincter vesicae, 2. Sphincter vesiculae seminalis, 3. Detrusor glandularum prostatae, 4. Expulsor urinae.

B. Die Drüsen scheinen durch ihr Sekret als Generationsorgan zu fungieren, die Belebung des in den Samenbläschen bewegungslosen Spermas zu bedingen.

C. Das Caput gallinaginis wirkt:

1. Als Abschluſs der Urethra nach rückwärts sub coitu.

2. Es scheint auch mit den Vorgängen der Erektion und Ejakulation des Wollustgefühles in funktionellem Zusammenhange zu sein. *Neuhaus-München.*

Über Taschen und Ausbuchtungen der Harnblase spricht Prof. Englisch im Wiener medizinischen Doktor-Kollegium. Sitzung vom 19. Februar 1894. (*Internat. klin. Rundsch.* 1894. No. 8.) An Präparaten zeigte der Vortragende, daſs es zwei Kategorien von Ausstülpungen der Blase giebt:

1. Sämtliche Häute der Blase sind ausgebuchtet (Blasentaschen).

2. Die Muscularis läſst eine Lücke, durch welche die Schleimhaut hindurchtritt und sich subperitoneal ausbuchtet (Blasenzellen).

Die ersteren finden sich besonders an der Seite der Blase vor dem Ureter, am Scheitel und an der hinteren Wand der Blase; ein Hindernis vor dem Orificium urethrale vesicale ist die Ursache. Sie können schon in frühester Kindheit entstehen. Sie sind einseitig oder doppelseitig, haben eine weite oder enge Öffnung. Taschen am Blasengrunde, unmittelbar über der Prostata, findet man selten, und dann nur bei hypertrophischer Blase. Blasenzellen haben keinen typischen Sitz; an der hinteren und seitlichen Wand sind sie am häufigsten, meist in gröfserer Zahl.

Zur Diagnose der Blasentaschen verhilft Untersuchung bei gefüllter Blase, ferner die rektale und bimanuelle Untersuchung, die Instrumentaluntersuchung (Kinderlithotriptor) in Verbindung mit der Kompression der Blase. Anhaltspunkte giebt auch die Störung der Harnentleerung; dieselbe erfolgt ohne jede Beschwerde in zwei Absätzen; nach Katheterismus kann man durch Druck eine weitere Menge entleeren. Die Diagnose der Blasenzellen beruht meist auf klinischer Beobachtung, Sedimentierung des Harns, unangenehme Empfindungen an manchen Stellen der Blase, entzündlichen Erscheinungen der Umgebung, die unter Schüttelfrost auftreten. Es kann Pericystitis, Phlegmone des Cavum Retzii, Peritonitis, Fistelbildung nach Uterus oder Darm, Nephritis entstehen. Die Therapie erfordert vor allem Sorge für regelmäfsige Entleerung der Blase unter Berücksichtigung ursächlicher Momente, bei Entzündungen Kälte oder, wenn das subperitoneale Bindegewebe ergriffen ist, bei der geringsten Spannung der Bauchdecken Incision.

Sehr leicht kommt es zur Steinbildung in den Ausbuchtungen; die Diagnose derselben ist oft sehr schwer. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Essentielle Harninkontinenz. Rasche Heilung durch Elektricität, von Liaras. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1893. No. 13.) Ein siebenjähriger Knabe litt an habituellem Bettnässen und konnte auch tags dem Drange öfter nicht widerstehen. Behandlung nach der Methode Guyons (Einführen einer olivenförmigen negativen Elektrode in die Pars membranacea urethrae; positive Elektrode aufs Hypogastrium; schwacher Strom). Heilung nach vier 2—3 Minuten langen Sitzungen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoische Myocarditis, von W. F. Councilman. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* Vol. CVI. 1893. No. 3.) Die sekundären Affektionen beim Tripper sind purulente Entzündung der mit der Urethra oder der Vagina in Beziehung stehenden Hohlräume, akute Schwellung der Lymphdrüsen, akute Entzündung der Gelenke und synovialen Überzüge und Pericarditis. Man erklärt dieselben entweder durch entfernte Gonokokkeninfektion oder durch Mischinfektion, besonders mit eitererregenden Mikroorganismen. Am häufigsten ist der Tripperrheumatismus, der nach Fournier in 64, nach Besnier in 50, nach Grisolle in 35 Fällen von Blennorrhoe, nach Lobb noch viel häufiger vorkommt. Er wird nach Ansicht der meisten Autoren nur beobachtet bei Urethritis posterior, ist häufiger bei Frauen und kann fieberlos verlaufen, jedenfalls schwindet das Fieber meistens bald trotz Weiterschreitens des Prozesses, doch kommt auch hohes Fieber vor. Gewöhnlich ist das Kniegelenk betroffen, nach Nolen war das Handgelenk 26 mal in 118 Fällen, nach Fournier 14 mal in 119 Fällen betroffen. Die Gelenkaffektionen reagieren nicht auf Salicylsäure, führen selten zur Zerstörung des Gelenks und zu Peri- und Endocarditis. Nolen sah das Herz in 116 Fällen 15 mal ergriffen. In einer Anzahl von Fällen wurden Gonokokken gefunden. Glusinski fand in 31 Fällen Komplikationen im Gefäfssystem, darunter einmal in Vegetationen der Aortenklappen Gonokokken.

Verfasser schliefst hier den Bericht über einen komplicierten Fall von Blennorrhoe an: zehn Tage nach dem Beginn des blennorrhoischen Ausflusses tritt Schwellung des linken Knies, später der Fingergelenke, der Schultern und der Knöchel ohne Fieber ein; eine Woche darauf Tod.

Es fand sich bei der Sektion eine exsudative Pericarditis und eine eigentümliche Form von Endocarditis. Das Herzfleisch war blafs, wachsartig; im Myo- und Endocard gelatinös erweichte Partien. Auf der geschwollenen Synovialis des Kniegelenks granulationsähnliche Massen auf ödematös-gelatinösem Gewebe; keinerlei fibrinöse Exsudation. In allen Läsionen fanden sich Gonokokken, die aber nicht zu Kulturen verwendet wurden. (Leider! ohne diese ist der Fall nicht beweisend. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Blennorrhoische Urethralstriktur bei einem Kinde, von J. MacMunn. (*Brit. med. Journ.* 6. Januar 1894.) Der Knabe ist fünf Jahre alt. Die Untersuchung stellt eine Striktur fest. Als das Kind zwei Jahre alt war, stellten sich Zeichen einer akuten Blennorrhoe ein, bestehend in Schmerzen, Schwellung des Penis und in Absonderung eines dicken gelben Sekrets. Die Ansteckung erfolgte wahrscheinlich durch die Mutter. Die Striktur war hartnäckig und unnachgiebig und liefs sich nur mit Mühe dilatieren.

C. Berliner-Aachen.

Über Tripperrheumatismus bei Kindern, von Richardière. (*Sem. méd.* 1893. No. 59.) Ein 7jähriges Mädchen mit blennorrhoischer Vulvourethritis bekam akuten Gelenkrheumatismus, der fast alle Gelenke ergriff, sich zuletzt im Tibiotarsalgelenke festsetzte. Dieses war schmerzhaft, geschwollen, die Haut blaurot verfärbt. Natrium salicylicum hatte keinen Einfluss; erst dauernde Immobilisation brachte Heilung. Verfasser bringt die Gelenkaffektionen in Verbindung mit der Blennorrhoe.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Chiasso und Isnardi berichten über einen Fall von **blennorrhoischem Rheumatismus mit visceralen Komplikationen bei einem 10jährigen Mädchen (Sitzprum).** Die bakteriologische Untersuchung des Pleuraexsudates ergab Vorhandensein des Neisserschen Gonococcus und zwar ohne Association mit anderen Mikroorganismen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Synovitis blennorrhagica suppurativa, von Tollemer und Macaigne. (*Bullet. de la soc. anat. de Paris.* VII. Juli 1893.) Bei einem 19jährigen Jüngling stellten sich vier Tage nach Beginn einer akuten Blennorrhoe Gelenkschmerzen im Handgelenk und der linken Hand ein, Schwellung trat hinzu, doch gingen die Schmerzen allmählich wieder zurück. Am 14. Tage ward die rechte Hand ergriffen, hauptsächlich die Sehnenscheide des Extensor indicis. Auch die Ellenbogengelenke werden afficiert, am Unterarm bildet sich eine Lymphangitis aus, die in einigen Tagen nach Sublimatbädern verschwand. Am 30. Tage erscheint eine Synovitis am Extensor digitorum quinti der linken Hand. Die Synovitis des rechten Zeigefingers verschlimmert sich, zeigt Fluktuation, heilt schnell nach Incision. Allmählich werden die Gelenke frei, nur am kleinen Finger bleiben Verwachsungen der Sehne mit der Scheide bestehen. Die bakteriologische Untersuchung ergab charakteristisch gelagerte Gonokokken. Auf Gelose angelegte Kulturen entwickelten sich vom dritten Tage an, Deckglaspräparate der Kulturen zeigten in Übereinstimmung mit den Präparaten vom Eiter die Gegenwart von Gonokokken. Andere Eitererreger, Staphylococcus etc. wurden nicht gefunden.

Neuhaus-München.

Über den Vorteil des Gebrauches von gefärbten Injektionen bei hartnäckigem Tripper, von E. Hurry Fenwick-London. (*Brit. med. Journ.* 6. Januar 1894.) Um über den Sitz der Blennorrhoe sicheren Aufschluss zu bekommen, läfst Verfasser

seine Patienten eine gefärbte Lösung injicieren. Zeigen sich in dem nachher gelassenen Urin nur weifse Fäden, resp. Flocken, so sitzt die Entzündung in der hinteren Harnröhre, bis zu welcher die gefärbte Einspritzung nicht gelangt. Sind nur gefärbte Fäden im Urin, ist die vordere Harnröhre befallen; finden sich gefärbte und ungefärbte nebeneinander vor, so ist die Urethra anterior und posterior ergriffen. Zu derartigen Einspritzungen dienen dem Verfasser Lösungen von Tinctura Catechu oder auch eine wässerige Lösung von Methylviolett (1 : 3000).

C. Berliner-Aachen.

Die Blennorrhoe und ihre Behandlung. (*Dtsch.-amerik. Apoth.-Ztg.* 1893. No. 10.) Ein etwas kühnes Unterfangen, das Recht der Behandlung der Blennorrhoe dem Apotheker zuzusprechen, weil Blennorrhoiker eine Abneigung hätten, sich dem Arzte anzuvertrauen und der Apotheker bei seinen Kunden für einen Ignoranten gehalten würde, wenn er nicht einen guten Rat erteilen könne, mufs entschieden von ärztlicher Seite zurückgewiesen werden. Aus den paar landläufigen Verhaltungsmafsregeln, welche in dem Artikel gegeben werden, dürfte ein Apotheker nicht eine wissenschaftliche Erkenntnis des Wesens der Blennorrhoe, die Vorbedingung zur Stellung einer exakten Diagnose und zur Einleitung einer richtigen Therapie zu schöpfen im stande sein. Sein Rat würde daher immer zweifelhafter Natur sein. Die Apothekerzeitung aber begeht mindestens einen grofsen Leichtsinn, wenn sie derartige Behauptungen aufstellt.

A. Strauſs-Barmen.

Über mechanische Behandlungsweisen der chronischen infiltrierenden Urethritis, von H. Lohnstein. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 46.) Nach Mitteilung der einschlägigen Litteratur empfiehlt Verfasser die von ihm konstruierten Dilatatoren, welche so eingerichtet sind, dafs mittelst derselben Berieselungen der gedehnten Harnröhrenschleimhaut vorgenommen werden könnten.

Dies Verfahren hat nach dem Resumé des Verfassers folgende Vorteile: 1. Die Dehnung der infiltrierten Abschnitte der Harnröhre ohne gleichzeitige Dehnung der nicht infiltrierten; es ermöglicht die kombinierte Behandlung der oberflächlichen, mehr diffusen und der tiefer gelegenen circumskripten Schleimhautveränderungen. 2. Das Verfahren ist weniger reizend, als die Salbensondenbehandlung. 3. Die Dehnungskraft des nach vier Richtungen gleichzeitig dehnenden Instrumentes ist gröfser, als die der bisherigen bilateralen Dilatatoren. 4. Komplikationen treten meist seltener auf als bei Anwendung der Salbensondenbehandlung. 5. Es gestattet die ausgiebigste Verwendung der die Resorption befördernden Wärme.

L. Hoffmann-Berlin.

Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe nach Dr. Oberländer und das Elektrourethroskop Oberländers, von Dr. Neebe. (*Therap. Monatsh.* 1894. Jahrg. VIII. Heft 1.) Verfasser hält das Elektrourethroskop Oberländers für das beste, weil durch dasselbe eine direkte Beleuchtung der Harnröhrenschleimhaut ohne störende Reflexe erzeugt wird; ferner hat es den Vorzug der Handlichkeit. Die Oberländersche Therapie der chronischen Blennorrhoe richtet sich nach dem pathologisch-anatomischen Befund in der Urethra. Es sind namentlich zwei Veränderungen hervorzuheben: erstens die des Epithels, zweitens die im subepithelialen Gewebe. Die epithelialen Veränderungen lassen sich natürlich noch am ehesten durch Einspritzungen, Ausspülungen etc. beeinflussen, vielleicht auch heilen. Die subepithelialen Veränderungen dagegen, bestehend in kleinzelligen Infiltrationen des Bindegewebes und der Drüsen, werden durch Medikamente in keiner Weise beeinfluſst. Und gerade diese kleinzelligen Infiltrationen bilden den häufigsten, nie fehlenden Befund bei chronischer Blennorrhoe und den Ausgangspunkt zu den häufigen Recidiven. In diesen Fällen ist das Dilatationsverfahren von Oberländer von grofsem Nutzen. Die

Infiltrationen konnten durch Dilatation der Harnröhre bis zu 40 Charrière vollständig zur Resorption gebracht werden. Bei diesen Dehnungen entstanden nur in den erkrankten Partien Einrisse, die gesunde Schleimhaut erlitt keine Verletzungen.

Verfasser beschreibt alsdann das nähere Verfahren bei der Dilatation, wie es von Oberländer gehandhabt wird. O. wendet meist vier Arten von Dilatatoren an: 1. einen für die Pars posterior, 2. einen für die Pars bulbosa, 3. zwei für die Pars anterior. Es genügt eine Dilatation auf 37 vollständig; dies und Ausspülungen mit Argentum nitricum-Lösungen führen stets zum Ziel bei unkomplicierten Fällen, die ja die Mehrzahl bilden. Verfasser bespricht dann das Elektrourethroskop und die Technik seiner Anwendung; es hat den Vorteil, dafs direktes Licht auf die erkrankten Partien geworfen wird. Es ermöglicht eine genaue Lokaldiagnose, was prognostisch von Wichtigkeit ist. Denn es ist ein Unterschied, ob es sich um circumskripte Herde handelt oder um ausgedehnte flächenhafte Infiltrationen. Verfasser betont den Wert der Elektrolyse bei hartnäckigen Fällen, derben Infiltraten, die jeder Therapie trotzen. Namentlich sind es die entzündeten Morgagnischen Drüsen, welche sehr schwer einer Therapie zugänglich sind, da sie sehr oft bis tief ins Corpus cavernosum urethrae hineinreichen und das Corpus cavernosum einen viel höheren Ausdehnungskoefficienten hat, als die Schleimhaut der Harnröhre. *L. Hoffmann-Berlin.*

Gegen den Tripper bringt das *Journ. des mal. cut. et syph.* 1893, S. 636, folgende Formeln:

Acid. carbol. pur.	0,5— 1,0
Glycerin.	5,0—10,0
Aq. dest.	100,0.

MDS. 3—4 Einspritzungen tägl.

Bei chronischer Blennorrhoe hat sich folgende Lösung bewährt:

Acid. carbol. pur.	1,4— 2,0	*Acid. carbol. pur.*	0,6— 1,0
Zinc. sulf.	0,5— 1,0	*Zinc. sulf.*	1,5— 2,0
Glycerin.	10,0—15,0	*Glycerin.*	10,0—30,0
Aq. dest.	280,0.	*Aq. dest.*	200,0.

MDS. Äufserlich.

Türkheim-Hamburg.

Chalmers da Costa schlägt folgende **Abortivbehandlung des Trippers** vor: Man reinige die Harnröhre durch Wasserstoffhyperoxydlösung (1 : 30). Dann bringt man einmal täglich eine Mischung von Tinctur. Cinnamoni mit einem Tropfen Benzoinol (hauptsächlich Benzol?) in die Harnröhre. So am ersten Tage. Am zweiten und dritten Tage setzt man je einen Tropfen Benzoinol mehr zu. Über 40 Fälle wird berichtet: in sechs blieb nach zwei Tagen der Ausflufs ganz weg; in zwölf Fällen sistierte die Sekretion nach fünf Tagen, in 16 Fällen nach 8 bis 15 Tagen; zweimal zeigte sich kein Erfolg; von vier Patienten ist das Resultat unbekannt. (*Ann. des mal des org. gén.-ur.* 1894. No. 1.) *Neuhaus-München.*

Über die Urethralausspülungen mit Lösungen von Kalium permanganicum bei Blennorrhoe, von Molinié. (*Midi méd.* August 1893.) Zuerst wird der Sitz der Läsion (ob Urethritis anterior oder posterior, resp. beides) festgestellt, und zwar mit Hülfe der Zweigläserprobe. Hierbei wurde konstatiert, dafs die Urethra posterior in 90% der Blennorrhoefälle afficiert ist. Die Blase wird spontan entleert, der Patient in liegende Stellung gebracht, Glans und Urethra gereinigt und die Kanüle des Apparates an den Meatus angebracht. Nun läfst man aus einem in 80—150 cm Höhe aufgestellten Irrigator die 0,25—1‰ige Lösung in die Urethra abfliefsen. Der Druck der Flüssigkeit überwindet bald die Kraft des kontrahierten Sphincter vesicae, und die Lösung dringt in die Blase ein. Ist diese angefüllt, so entleert sie der Patient

spontan, indem er von Zeit zu Zeit die Harnröhre durch seitliche Kompression der Glansspitze verschliefst, wodurch sich der Urethralkanal erweitert und sich die Falten ausgleichen. Nach jeder Sitzung (die so lange wiederholt wird, bis keine Gonokokken mehr im Eiter gefunden werden) wird die Urethralöffnung mit einem mit antiseptischer Flüssigkeit imbibierten Tampon verschlossen. Die Spülungen bewirken im Anfange eine kurzdauernde Sekretion seröser Flüssigkeit aus der Urethra mit leichter Anschwellung (Turgescenz) derselben.

Nach dieser Methode wurden 35 Patienten behandelt, deren Krankheitsdauer vor der Behandlung sechs Tage bis vier Jahre betrug. Vollständig und definitiv geheilt wurden 30, sechs davon bereits nach sechs Tagen.

Den Mechanismus der Wirkung des Kalium permanganicum stellt sich Verfasser also vor: Beim Kontakt mit organischen Substanzen zersetzt sich das Salz in Mn_2O_3, KOH und O_3 (Ozon); dem letzteren schreibt er den Hauptanteil an der Wirkung zu. Dasselbe soll nämlich spezifisch-attraktive Eigenschaften gegenüber den weifsen Blutkörperchen besitzen, welche zur reichlichen Diapedese durch die Lymphbahnen veranlafst werden. Hierdurch würden die bis in die tieferen Schichten der Schleimhaut vordringenden Gonokokken zum Teil mechanisch fortgerissen, zum Teil durch Phagocytose zerstört werden. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

In einer Reihe von Versuchen mit Injektionen von 2—5%igen **Ichthyollösungen bei Katarrhen der Urethra** fand Villetti, dafs dieselben:

1. bei einfacher blennorrhagischer Urethritis sehr gute Dienste leisten, indem sie die spezifischen Keime der Affektion vernichten,
2. dafs das Ichthyol, aufser einer baktericiden, auch eine antiphlogistische und auflösende Wirkung entfaltet, ohne dabei Verengerungen hervorzurufen oder zu solchen zu disponieren,
3. dafs es kraft seiner analgetischen Eigenschaften die Schmerzen und speziell die lästigen nächtlichen Erektionen und die Miktionsbeschwerden mildert.

Bei primärer und sekundärer Cystitis lieferten Ausspülungen mit ½—1%igen Ichthyollösungen ebenfalls sehr gute Resultate, indem

1. die Schmerzen abnehmen,
2. die pathogenen Keime zerstört werden,
3. die katarrhalischen Erscheinungen günstig beeinflufst werden und die Harnbeschwerden rasch aufhören. (*Rif. med.* 1894. No. 22.)

C. Müller-Freiburg (Schweis).

Ichthyol, dessen vielseitige Brauchbarkeit im letzten Decennium sich zweifellos erwiesen hat, wird in neuerer Zeit **bei Erkrankungen des Urogenitalsystems** häufig verwendet. Nach dem Vorgange von Jadassohn hat Lohnstein (*Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 103) das Mittel in zahlreichen Fällen (darunter über 100 von Urethritis acuta und subacuta) genau geprüft und kommt zu folgenden Schlüssen: „Das Ichthyol ist vorzüglich verwendbar bei akuter Urethritis in Form von 0,5 bis 2%igen warmen Spülungen, zumal in den Fällen, in welchen es sich um besonders empfindliche Schleimhaut handelt. 2. Bei subakuter Urethritis anterior. Hier kann es, vornehmlich bei circumskripten oberflächlichen Affektionen vortreffliche Dienste leisten, wenn es lokal im Endoskop auf die erkrankte Stelle aufgetupft wird. 3. Bei den infiltrierenden Formen der chronischen Urethritis hat es allein keinerlei Wirksamkeit, scheint dagegen vortreffliche Dienste zu leisten, wenn es zusammen oder abwechselnd mit mechanischen Behandlungsmethoden angewandt wird. 4. Bei Prostatitis beseitigt das Ichthyol meist die Entzündungs- und Reizerscheinungen. 5. Bei Pyelitis und Nephritis hat das Ichthyol keinerlei heilende Wirkung.

Neuhaus-München.

Die Behandlung der Vulvovaginitis blennorrhoica, von TALAMON. (*La méd. mod.* 1893. No 44.) Der blennorrhoische Charakter einer Vulvovaginitis wird durch den Gonococcus und eine gleichzeitige Urethritis dargethan. Im akuten Stadium sind Vollbäder (täglich ein 1—1½ stündiges Bad) und vierstündliches Waschen mit 0,5‰iger Sublimatlösung angebracht. Injektionen sind zu meiden, das Gehen ist zu verbieten. Im subakuten und chronischen Stadium, in dem Schmerzen und Hyperästhesie abnehmen, sind neben den Vollbädern (alle zwei Tage eins) Einspritzungen und Tamponade indiciert. Zu ersteren verwendet man:

Hydrarg. bichlor.	0,25 oder	*Acid. carbol.*	24,5
Acid. tartar.	1,0	*Alcohol. absol.*	24,5
Auf 1 Liter Wasser.		*Ol. Thym.*	1,0
		1 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser.	

Das Wasser soll lauwarm sein. Zur Tamponade sind Tampons mit Salol, Alaun, Tannin ≡ zweckmäßig, die 2—3 Mal wöchentlich auf 24—36 Stunden eingelegt werden. Kann der Arzt die Tampons nicht einlegen, dann verwendet man Suppositorien:

Tannin (oder *Jodoform*)	4,0
Glycerin.	0,5
Butyr. Cacao q. s.	

Der Coitus ist erst nach völligem Schwinden des Ausflusses zu gestatten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Berichtigung zum Artikel des Herrn Prof. POSPELOW: Weitere Beobachtungen über die Behandlung des Myxödems (*diese Zeitschr.* Bd. XIX.)

Es wird auf pag. 539 angegeben, daß ich „mit 1 Pille begann und die Dosis bis auf 40 Pillen täglich steigerte“ — dies soll 40 Centigramm täglich sein (vergl. meinen von Prof. POSPELOW citierten Artikel in *dieser Zeitschr.* Bd. XVIII. pag. 124); ebenso wird ebenda angegeben, daß HASLUNDS Patient täglich 2 Pillen bekam, „von denen jede je 0,5 der pulverisierten Drüse enthielt“ — dies soll 0,05 (also 5 cg statt 50 cg) sein (vergl. l. c. pag. 119.)

Dr. Ludv. Nielsen-Kopenhagen.

Sachverzeichnis.

E.-H. = Ergänzungsheft.[1]

Abscefs 137.
— vortäuschende Gummabildung, Eine Reinen (Winfield) 444.
— bei jungen Mädchen, Über subkutane, multiple (Hallopeau) 447.
Acne 72. 264. 310. 312.
— follicularis 454.
— glandulosis 454.
— keloidiformis 264.
— necrotica (Lewin) 374.
— pilaire cicatricielle (Lustgarten) 251.
— pilaris 150.
— rosacea 376; — (Eddowes) 25.
—, geheilt durch Ablatio nasi und Rhinoplastik (Delie) 113.
— sebacea 76.
— simplex syphilitica und deren Beziehungen zur Sepsis (Burlando) 453.
—, Syphilitische 454.
— varioliformis (Saalfeld) 139.
— Hebra, Beitrag zur Pathologie der (Fordyce) 149.
— vulgaris, Die Elektrolyse bei (Roberts) 218.
—, Wesen und Behandlung der (Philippson) 112.
Acnebehandlung, Zur (Bardach) 434.
Ablatio nasi und Rhinoplastik, Acne rosacea geheilt durch (Delie) 113.
Addisons Krankheit 152; (Kolisch und Pichler) 392.
—, Heilung eines Falles von (Neumann) 582.
Adenitis der mittleren Regio suprapubica nach Ulcus venereum (Molinié) 111.
— universalis 374.
Adenoma sebaceum (Rosenthal) 374.
Adenosarkom 435.
Adeps lanae 385.
—, Über 42.
Akanthoma adenoides cysticum 663.
Akromegalie, Fall von (Dreschfeld) 582.
— mit Autopsie (Bonardi) 391.
Akromegalie, behandelt mit Thyreoidin (Putnam) 394.
—, Bemerkungen über einen operativ behandelten Fall von (Caton und Paul) 581.
Aktinomykose 455.591. 667; (Rille) 483.
— beim Menschen (Engelmann) 462.
—, Die Prognose und Behandlung der (Ransom) 462.
Albinismus acquisitus und Canities (Flatau) 522.
Albuminurie 377. 394.
—, Über Peptonurie und ihre Beziehungen zur (Roux) 115.
Aldehyd, Die Behandlung des Herpes tonsurans mit dem ameisensauren (Potterin) 248.
Alopecia 107. 448.
— areata 410. 640; (Pellizzari) 41; (Ohmann-Dumesnil) 459; (Samter) 316.
— in Boston, Über eine Epidemie von (Bowen) 39.
— leukodermica (Haslund) 395.
Altersdegeneration E.-H. 18.
Alumnol bei der Behandlung von Blennorrhoe (Schwimmer) 78.
— bei Hautkrankheiten (Gottheil) 387.
Amyloid 589.
Amyotrophie 165.
Anämie 434.
—, Die Toxicität des Urins in einigen Fällen von (Picchini und Conti) 338.
Anästhesie 207.
Analfistel 511.
Analtuberkulose, Ein seltener Fall von (Kramer) 511.
—, Beitrag zum Studium der (Hartmann) 511.
Anarsarca, Zur Behandlung des (Michael) 28.
Anfrage 276. 464.
Angina pectoris 571.

[1] Passarge und Krösing: Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes.

Angina luetica secundaria 542.
— herpetica mit Herpeseruptionen in und auf der Nase (Wodon) 572.
Angiokeratom, Über das (Piffault) 581.
—, Elektrolyse beim (Escande) 581.
Angioma mit Sitz auf dem linken Oberschenkel, dem Scrotum und der Hüftnerven-Gegend der nämlichen Seite, über ein angeborenes, progressives (Gaston) 142.
Anidrosis 107. 165.
Antipyrin als schmerzstillendes Mittel für die Blase (Vigneron) 219.
Antipyrinexanthem, Fall von (Paschkis) 567.
Antisepsis bei der Behandlung des Ekzems, Die Prinzipien der (Klotz) 103.
Antisepticum, Loretin, ein neues 44.
Antiseptisches Streupulver (Pick) 386.
Anthrax, Lupus und (Leloir) 50.
Anurie, Pyelitis calculosa mit völliger (Carbot) 524.
Anusfissuren, Ichthyolbehandlung der (van der Willigen) 570.
Aphasie und Syphilis (Jolly) 438.
Aplasia pilorum 488.
Area Celsi, s. Alopecia areata.
Argentum nitricum-Flecke, Entfernung von (Troplowitz) 532; — (Hahn) 662.
Arsengebrauch, Zwei Fälle von Keratosis und Melanosis nach innerlichem (Heuss) 570.
Arsenvergiftung, Gewerbliche (Gaucher und Barbe) 144.
Arteriitis syphilitica mit raschem, tödlichem Ausgang (Laveran) 51.
Arteriosklerose 159. 571. 652.
Arthritis 652.
— blennorrhoica 263.
— et Arthrotomia (Lassalle) 36.
Arthritische Ödeme (Huchard) 158.
Arthrotomia et Arthritis blennorrhoica (Lassalle) 36.
Arzeneiexantheme 455.
—, Zur Kasuistik der (Reff) 568.
Aseptische Ausgufsflasche. Sterilisierte Fettkörper in (Kuttner) 313.
Asphyxie der Extremitäten, Ein Fall von recidivierender, symmetrischer, lokaler (Israelsohn) 564.
— mit Gangrän im frühen Kindesalter, Lokale (Monro) 565.
—, Operation fünf Stunden nach der Geburt, Heilung (Avellis) 521.
Ataxia syphilitica [Ataxie tabétique locomotrice] (Gamberini) 507.
Atresie des Cervikalkanals infolge von syphilitischen Geschwüren (Barnum) 51.
Atrophie 391. E.-H. 61.
— der Haut, Ein Fall von symmetrischer (Zinsser) 324.
Atrophia maculosa cutis 33. 123.
—, Narbige 33. 365.
— der Prostata (Strauch) 689.
Augenlid, Epithelioma des linken unteren (Socor) 577.
Ausschlag infolge Gebrauchs von Sandelholzöl (Morton) 333.
—, Psoriasis und Eccema seborrhoicum; Ein Fall von gemischtem (Winfield) 444.
Autointoxikations-Erytheme, Über (Freund) 159.

Bacillus multiformis trichorrhexidis 184.
— pseudodiphtheriticus 49.
Bakteriologischer Praktikant, Taschenbuch für den (Abel) 639.
— Untersuchung und Diagnostik, Lehrbuch der (Heim) 639.
Balanitis 22. 87. 252. 526.
— circinata, Behandlung der (Balzer) 527.
Balanoposthitis ulcerativa und dem Ulcus venerum der balano-präputialen Schleimhaut, Histologischer Vergleich zwischen der (Marianelli) 40.
Barlowsche Krankheit 501.
Bartholinitis, der Gonoccocus Neisser, sein Vorkommen bei Urethritis und (Hasse) 530.
Basedowsche Krankheit 652; — und Schilddrüse (Eulenburg) 437.
—, Kritik der Schilddrüsentheorie der (Buschau) 438.
Bellsche Paralyse bei Herpes zoster (Spencer) 572.
Bericht aus Tananariva (Suzon) 384.
— über die Staatspoliklinik für venerische Krankheiten in Pavia (Scarenzio) 384.
Berichtigung (Herxheimer) 276; (Nielsen) 714.
Bindegewebs-Hyalin 590.
Bindegewebszellen der Cutis, Über Protoplasmafärbung nebst Bemerkungen über die (Unna) 225.
Blase, Über die absorbierende Kraft der (Bazy) 557.
—, Entstehung von Mifsbildung der (Reichel) 705.
—, Verschlufsapparat der (Zeissl) 707; — Mechanismus des (Finger) 707.
—, Taschen und Ausbuchtungen der (Englisch) 708.
—, Das Antipyrin als schmerzstillendes Mittel für die (Vigneron) 219.
— bei Nieren- und Blasensteinen, Exfoliation der mukösen und submukösen Schicht der 381.
—, Fremdkörper der (Legueu) 506.

Blasensteine (Taylor) 635; — und Nierensteine 381.
— und Prostatavergrößerung, Bigelows Operation bei (Chismore) 691.
Blasenkatarrh s. Cystitis.
Blasenruptur, Behandlung der (Cabot) 522.
Blaseninhalts in die Harnleiter, Über den Rückfluß des (Courtade und Guyon) 505.
Blasentumor 436; — (Legueu) 340.
Bleivergiftung bei Ekzem nach Behandlung mit Diachylonsalbe, Akute (Pässler) 389.
Blennorrhoe 23. 35. 139. 156. 204. 260. 323. 333. 451. 454. 528. 635. 656.
—, Anhaltende, vielfach von subakuter oder chronischer Entzündung der Samenbläschen abhängige (Fuller) 379.
—, Syphilis und Hautkrankheiten (Winternitz) 263.
—, eine allgemeine Krankheit (Souplet) 529.
—, Über zwei Fälle von chronisch entzündlicher Erkrankung der Samenbläschen nach (Parkin) 532.
— übertragen, ohne sie selber zu haben? Kann jemand die (Morel-Lavallée) 529.
— und Chininidiosynkrasie, Komplikationen von (Koch) 678.
— beim Weibe, Zur Behandlung der (Barthélemy) 447.
— und Erysipel (Schmidt) 532.
—, Chronische 310.
— und das zugehörige Instrumentarium, Behandlungsmethode der chronischen (Kuttner) 313.
—, Ein Fall von juxta-urethralem Hohlgange als Ursache recidivierender, chronischer (Aldor) 531.
—, Über die Häufigkeit und Zeit des Auftretens der Urethritis posterior bei der akuten (Lanz) 34.
Blennorrhoische Arthritis 263; — et Arthrotomia (Lassalle) 36.
— Chorea et Endocarditis (Litten) 327.
— Epididymitis, Elektrizität gegen (Scharff) 687.
— Mundaffektion (Leyden) 545.
— Myocarditis, (Councilman) 709.
— Prozesse, Beiträge zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des (Finger, Ghon und Schlagenhaufer) 253. 322.
— Rheumatismus bei Kindern (Richardière) 710; — mit visceralen Komplikationen bei einem Mädchen (Chiasso und Isnardi) 710.
— Synovitis (Tollemer und Macaigne) 710.
—, Urethralstriktur bei einem Kinde (Munn) 710.
Blennorrhoische Urethritis 337.
— Beiträge zur abortiven Behandlung der (Feleki) 688.
—, mittelst Ausspülungen mit Kalium permanganicum behandelt (Mibelli) 283.
— Vulvovaginitis, Behandlung der (Talamon) 714.
Blennorrhoebehandlung 263. 711; — mit gefärbten Injektionen (Fenwick) 710.
—, ist die ideale Behandlung gerechtfertigt? (Foster) 694.
—, Abortive (Da Costa) 712.
—, Über Anwendung des Alumnols bei der (Schwimmer) 78.
—, Über die Einwirkung von Gallobromol auf die (Müller) 329.
—, Gallobromol als sekretionsbeschränkendes Mittel bei Ekzem und (Letzel) 385.
—, Das Ichthyol in der (Colombini) 342.
— mit Ichthyollösung (Villetti) 713; — (Lohnstein) 713.
—, welche mittelst Injektionen von unverdünntem Wasserstoffsuperoxyd erfolgreich behandelt wurde, (von Wedekind) 342.
— mit Kalium permanganicum - Ausspülungen (Molinié) 712.
—, Kava-Kava bei (Bacon) 343.
— zu kurieren, Eine Methode, mittelst medikamentöser Tampons die beginnende (Pitts) 342.
—, Mechanische (Lohnstein) 711. 712.
— nach Oberländer (Neebe) 711.
Blennorrhoefrage, Beitrag zum Verständnis der (Berg) 529.
Blepharitis trichophytica (Mibelli) 615.
Blut, Zur Genese und Regeneration des; Demonstration von Mikro-Photogrammen (Engel) 489.
Blutkörperchen, Bemerkung über die regenerative Hyperplasie der roten (Neumann) 582.
Blutlehre, Zur (Schmidt) 558.
Blutveränderungen bei uratischer Diathese (Neusser) 497.
Blutzusammensetzung, Über thermische Einflüsse auf die (Winternitz) 494.
Brandwunden 44.
Brom-Akne 12.
Brom- und Jodexantheme (Crocker) 160.
Bronzekrankheit, s. Addisonsche Krankheit.
Bubo 73. 157.
— zu den Jahreszeiten, Über die Beziehungen des weichen Schankers und des venerischen (Colombini) 453.
Bubonulus syphiliticus (Jadassohn) 677.
Bullöse Eruption nach Jodkaliumgebrauch (Arnozan) 571.

Cancroid E.-H. 61.
Canities, Albinismus acquisitus und (Flatau) 522.
Carcinoma 1. 81. 121. 252. 331. 373. 455. 526. 571. 591. 652. 663.
— der Haut, Radikale Heilung des (Gavino) 78.
— und der Leistendrüsen (Taylor) 252.
— penis E.-H. 4, 97; — (Gibson) 252
—, Die Übertragbarkeit des (Geissler 577.
Circumcision und Phimosis (Werthwill) 525.
—, Über die pathologische Bedeutung der vollführten (Gruber) 526.
Chalazion (Fukala) 49.
Chininidiosynkrasie, Komplikationen von Blennorrhoe und (Koch) 678.
Chlorose 434.
Chlorzinkstifte, Notiz über (Koebner) 43.
Chorea blennorrhoica et Endocarditis (Litten) 327.
Chroatol, Über (Fournier) 451.
Chromidrosis, Rote (Hartzell) 223.
Chromkalium-Sublimat-Eisessig als Fixierungsmittel (Zenker) 645.
Chrysarobinsalbe, Ersatz für die (James) 385.
Clavi an den Fingern, Fall von spontanen (Elliot) 146.
Coccidien 76.
Cochenille-Gentiana-Jodmethode 477.
Codeinexanthem (v. Essen) 210.
Condyloma acuminatum, Beitrag zur pathologischen Histologie, Ätiologie und Pathogenese des (Ducrey und Oro) 578.
Copraol 388.
Cornua cutanea gerichteteten Angriffe Mitvalskys, vorläufige Richtigstellung der gegen meine Arbeit über (Schöbl) 554.
— ungualia (Ohmann-Dumesnil) 579.
Cresolum purum liquefactum 45.
Cylindroide oder sogenannte Mucinfäden im Urin (Manges) 115.
Cystadenoma des Hodens (Adler) 313.
—, Epitheliale 508.
—, Syringo- 375.
— intracanaliculare bei einem Naevus unius lateris (Elliot) 520.
Cysten 209. 318. 591. 663.
Cystenbildung im oberen Lid, Über Mikrophthalmus (Purtscher) 496.
Cystinurie bei vier gesunden Geschwistern (Pfeiffer) 688.
Cystitis 21. 219. 522. 557.
—, Über Einteilung und Prophylaxe der von Veränderungen des weiblichen Genitale abhängigen Formen von (Zuckerkandl) 500.
— der Kinder (Escherich) 317. 546.
Cystitis und Pyelitis, Über kryptogenetische (Posner) 494.
Cystoskop, Ein neues (du Rocher) 341.
— in der Chirurgie, Rolle des (Nicoll) 524.
Cystoskopie, Verbesserungen in der (du Rocher) 341.
Cytin 559.
Cytoglobin 559.

Damm, Eisblase für den (Ledermann) 376.
Darmfäulnis, Über den sichtbaren Ausdruck und die Bekämpfung der gesteigerten (Singer) 560.
— und die Mittel, letzterer entgegenzutreten, über die Alterationen der Haut infolge gesteigerter 561.
Deferentitis 263.
Defluvium capillorum subitum (Quincke) 456.
Dégénérescence colloide du derme 317.
Degeneration 465. E.-H. 9.
—, Dermoidcyste mit sarkomatöser 577.
—, Hyaline 154. 663.
—, Kolloide 319. 362.
— der Nieren, Amyloide 321.
— und Metastasenbildung. Tumor cruralis congenitus mit maligner (Funk) 577.
Demonstration (Nitze) 436.
Depilation, Über die histologischen Veränderungen nach elektrolytischer (Giovannini) 85.
Depilatorium, Gutes 522.
Dermatitis 15. 111. 140. 377. 458. 493. 634.
— artificialis tarda (Quincke) 456.
— exfoliativa 107. 448.
—, general exfoliative epidemic. 290.
— pigmentosa (Handford) 38.
— favosa (Nobl) 433.
—, Hämorrhagische 461.
— herpetiformis s. Hydroa.
— durch Jodoform (O'Hagan) 163.
— papillaris capillitii 107.
Dermatologie, Neueres aus der physiologischen (Cohnstein) 331.
— zur allgemeinen Medizin, Auszug aus einer Ansprache über die Beziehungen der (Pye-Smith) 448.
—, Die Anwendung starker elektrischer Ströme in der (Oudin) 458.
—, Über die modernen Systematisierungsversuche in der (Kaposi) 555.
Dermatomykosenlehre, Der augenblickliche Stand der (Pick) 555.
Dermatomyositis, Bemerkung über akute (Fränkel) 700.
Dermatoneurosis 152.
— parascabiosa 505.

Dermatosen des Kindesalters, Zur Ätiologie der gewöhnlichen (Millon) 560.
— nach moralischem Shock (Dubois-Havenith) 572.
Dermatosis (Darier), Ein Beitrag zur Lehre von der (Mourek) 97.
Dermatotherapie, Über die Verwendung der elektrischen Kataphorese in der (Ehrmann) 483.
Dermitis parascabiosa 505.
Dermoidcyste des Scrotums (Reclus) 520.
— mit sarkomatöser Degeneration 577.
Desinfektion, Der septische Zustand der Haut nach der (Farina) 561.
Desinfektionsmethoden, Infektion der Hautwunden und (Lookwood) 221.
Destruktionsprozesse der Haut, Über das Verhalten der elastischen Fasern in Hautnarben und bei (Guttentag) 32.
Diabetes 340.
— insipidus und Myxoedema syphilitischen Ursprungs (Pospelow) 125.
—, Syphilis kompliciert mit (Jullien) 90.
—, Ein Fall von Hirnsyphilis und (Ozenne) 451.
— mellitus 652.
„Diabetide" an den Genitalien (Fournier) 163.
Diachylonsalbe, Akute Bleivergiftung bei Ekzem nach Behandlung mit (Pässler) 389.
Diagnose, Ein Fall zur (Cutler) 147. 250. 251; — (Elliot) 547; — (Fox) 549; — (Robinson) 549; — (Goldenberg) 679; — (Guiteras) 679; — (Morton) 444.
—, Ein Fall ohne (Morton) 638.
Diagnostik, Lehrbuch der bakteriologischen Untersuchung und (Heim) 639.
Diaskopie der Hautkrankheiten (Unna) 170.
— Zur Geschichte der (Unna) 589.
Diathese, Über Blutveränderungen bei uratischer (Neusser) 497.
Digitalis in der Behandlung von Erfrierungen (Pilatt) 162.
Dijodoform (Maquenne und Taine) 45.
Diphtherie, Erythema nodosum im Verlaufe einer (Joullié) 461.
—, Serumtherapie der 501.
— und Scharlach, Hautausschläge infolge von Septikämie nach (Manning) 574.
Divulsion der Haut als Begleiterscheinung schwererer fieberhafter Krankheiten, Über streifenförmige (Kirstein) 396.
Dreifarben-Methode 473.
Druck- und Schmerzsinn, Über den (v. Frey) 496.
Dyschromasia traumatica, Zwei Fälle von Tättowierung oder (Spengler) 518.
Dysidrosis chronica 375.

Eczema 27. 37. 44. 45. 72. 107. 111. 157. 163. 247. 264. 287. 299. 312. 377. 387. 458. 496. 511. 560. 591. E.-H. 61.
—, Über (Jarisch) 546.
— acutum 448.
—, Ätiologie des (Ravogli) 695.
— der Chirurgen (Lassar) 214.
— chronicum 25. 122. 448.
— folliculare 79.
— der Hände und Finger in der Armenpraxis (Unna) 628.
— impetiginosum 66; — (Carruccio) 453.
—, Über Invasion der Hautkokken bei (Bernheim) 109.
— der Lippen 25.
— madidans 66. 633.
—, Neurotisches (Winfield) 550; — (Morton) 550.
— und seine Natur (Schwimmer) 82. 108.
—, Perspiration bei universellem (Bieling) 695.
— psoriasiforme 66.
— im Säuglingsalter (Marfan) 696.
— zu den Schleimhäuten, Über die Beziehungen des (von Sehlen) 15.
— seborrhoicum 15. 66. 83. 108. 332. 458. 634. 696; — (Sherwell) 548; — Ein Fall von gemischtem Ausschlag, Psoriasis und (Winfield) 444; — Über die Unnasche Dermatose (Audry) 505.
— der Unterlippe 250.
Ekzematisation 79.
Ekzembehandlung (Dougall) 697; — (Ravogli) 697; — (Besnier) 696; — (Braun) 696.
—, Interne (Philipps) 698.
— bei Kindern (Carrier) 696.
— mit Diachylonsalbe, Akute Bleivergiftung bei (Pässler) 389.
— mit Ichthyol (Ravogli) 698.
—, Die Prinzipien der Antisepsis bei der (Klotz) 103.
— mit Thyreoidextrakt (Menzies) 698.
— mit Zink-Ichthyol-Salbenmull 21.
—, Gallobromol als sekretionsbeschränkendes Mittel bei Blennorrhoe und (Letzel) 385.
Ekchymoses submucosae pharyngis et laryngis 322.
Ekchymosen bei solchen, die sich im Springen üben, Gewerbliche (Broult) 151.
— nach Quetschung, Grofse (Variot) 160.
Eisblase, Demonstration einer für den Damm bestimmten (Ledermann) 376.
Eiterinfektion, Erythema nodosum im Verlaufe einer (Brodier) 461.
Eiterung im Gefolge tertiärer Syphilis der Nasenhöhlen (Hallopeau und Jeanselme) 261.
Ekthyma 454.
Elacin und Elastin (Unna) 397.

Elastische Fasern, ihre Regeneration und Widerstandsfähigkeit. Hautnarbe (Kromayer) 117.
— in Hautnarben und bei Destruktionsprozessen der Haut, Über das Verhalten der (Guttentag) 32.
Elastische Gewebe der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen, Schwund und Regeneration des (Passarge und Krösing) E.-H.
Elektrische Ströme in der Dermatologie, Die Anwendung starker (Oudin) 458.
— Kataphorese in der Dermatotherapie, Über die Verwendung der (Ehrmann) 483.
Elektrolyse, Die Behandlung des Xanthoma mit (Fox) 250.
— bei Angiokeratom 581.
— in der Dermatologie, sowie eine neue elektrische Einrichtnng für Galvanokaustik (Santi) 93.
— bei Acne vulgaris (Roberts) 318.
—, Die Entfernung eines Naevus pilosus des Gesichtes mittelst (Fox) 520.
—, Tättowierungen durch (Heller) 375.
— der Harnsteine (Yvon) 337.
— und Skarifikationen, Die Behandlung der Naevi vasculares mit (Bayet) 261.
Elektrolytische Depilation, Über die histologischen Veränderungen nach (Giovannini) 85.
— Beseitigung von Haaren, Leberflecken etc. in der Praxis (Sorenson) 521.
Elektrourethroskop Oberländers (Neebe) 711.
Elephantiasis E.-H. 61.
— telangiectodes (Morton) 443.
— in Verbinduug mit tertiärer Syphilis (Francis) 555.
— der Füfse (Francis) 555.
— der unteren Extremitäten (Francis) 556.
Enchydermatitis 82.
Endarteriitis 391.
— leprosa 265.
Endocarditis 529.
— et Chorea blennorrhoica (Litten) 327.
— bei Erysipel (Jaccoud) 703.
Endotheliom der Haut, Über (Riehl) 434.
Enuresis nocturna, Über (Haue) 90.
Entwickelungsjahre, Über die Paralyse der (Alzheimer) 495.
Epheliden 508.
Epidemische Hautkrankheit (Savill) 287.
Epidermolysis paroxysmatica (Stuehlen) 456.
Epididymis, Ein Fall von Tuberkulose des, und Epididymitis gummosa (Fränkel) 29.
Epididymitis 73. 139.
— blennorrhoica 541.
Epididymitis gummosa des Nebenhodens (Fränkel) 29.
—, Kastration wegen tuberkulöser (Gibson) 679.
— blennorrhoica, Elektricität gegen (Scharff) 687.
Epilepsie, Syphilis und Tabes (Blocq) 58.
—, Syphilitische (Kowalewsky) 512.
Epispadia glandis penis (Wiesmann) 526.
Epithel-Kolloid 590.
Epithelfasern, Die Färbung der (Unna) 1.
Epithelfaserung der Haut, Über die (Beneke) 498.
Epithelioma 145.
— adenoides cysticum (Brooke) 317.
— contagiosum 667; — (Jeleffe) 445; — (Jadassohn) 678.
— verrucosum abortivum (Tommasoli) 153.
— des linken unteren Augenlides (Socor) 577.
— der Oberlippe nach Lupus (Dubreuilh) 51.
—, Pikrinsäure in der Behandlung des (Morau) 576.
Epitheliomatosis eccematoides penis 154.
Epithelprotoplasma, Die spezifische Färbung des (Unna) 277.
Epithelveränderung 348.
Erfrierungen, Digitalis in der Behandlung von (Pilott) 162.
Erfrorene Nase, Zur Behandlung der (Helbing) 157. 208.
Ernährungsstörungen und Hauterscheinungen beim Kinde (Millon) 560.
Erscheinungen nach extragenitalem Primäraffekt, Schwere (Ledermann) 203.
Eruption derselben, Über einige Transplantationen mit Gewebe des sogenannten primären idiopathischen Sarkoms der Haut auf eine sekundäre (Magliano) 454.
Erwiderung Neebes auf Picks Erklärung 588.
Erysipelas 45. 204. 335.
—, Abgeschwächtes primäres (Juhel-Rénoy und Bolognesi) 703.
— faciei, Erfahrungen über (Werner) 702.
— genitalium durch inficierte Salbe (Peckham) 703.
— ventriculi (Ucke) 704.
— des Kehlkopfes (Lunin) 114.
— und Blennorrhoe (Schmidt) 532.
— und Erysipeloid, Ätiologie und Therapie des (Felsenthal) 702.
— und Herz (Gaillard) 702; — (Jaccoud) 703.
— der Kinder (Tordens) 703.
— und Pneumonie (Roger) 703.
— als Scarlatina und Lymphangitis durch Streptokokkeninfektion bedingt (Bergé) 114.

Erysipelas und Tuberkulose (Nannotti) 114.
—, Die Behandlung des (Allen) 460.
— mit Karbolinjektionen (Gaston) 704.
Erysipelstreptococcus, veränderliche Virulenz des (Catrin) 703.
Erythema 13. 37. 107. 111. 163. 210. 216. 293. 377. 435. 491. 529. 500.
— atrophicans 345.
— bullosum (Rosenthal) 203.
—, Chronisches, juckendes, abschuppendes 382.
— elevatum diutinum, Ein Fall von sog. (Smith) 216; — (Crocker) 217.
— exfoliativum 699.
— exsudativum multiforme (Kaposi) 492; (Petersen) 547; — bei akutem, muskuloartikulärem Rheumatismus (Buongiovanni) 159.
— nodosum 568. 578; — im Verlaufe einer Diphtherie (Jouillié) 461; — einer Eiterinfektion (Brodier) 461; — zur Kasuistik des (Deubner) 461.
— orbiculare chronicum 30.
— papulatum 317.
— pellagrosum alkoholischen Ursprungs (Gaucher und Barbe) 143.
— scarlatiniforme, Fall von rekurrierendem, desquamativen (Allen) 251.
— solare 379.
—, Tertiäres 58.
—, Toxisches 216; — durch Autointoxikation, Über (Freund) 159.
— mit Herpes iris (Neumann) 492.
— und seine Behandlung, Über persistierendes (Payne) 215.
Erythrasma, Experimentelle Untersuchungen über (Ducrey und Reale) 85. 414.
—, Beitrag zum Studium des (Ducrey und Reale) 460.
Erythrodermia 427.
— exfoliativa Besnier-Doyon, Eine Form von (Philippson) 111. 382.
Erythromelalgie 48; — Über (Staub) 10; — (Mutschnik) 573; — (Dünges) 163; — (Eulenburg) 164, 208.
Erythromelie 427.
Eucalyptus, Behandlung von Masern mit Einreibung von (Shelly) 166.
Europhen in der Dermatotherapie, Über die Verwendbarkeit des (Ullmann) 43.
Exanthem, Makulöses 264.
— durch Brom und Jod (Crocker) 160.
— Scharlachfieber vortäuschend, Puerperales (Bodilly) 567.
— im Wochenbette, besonders über den sogenannten Wochenbettscharlach (Ahlfeld) 567.
— und Vaccine-Impfung (Nicolle und Thiercellin) 169.
Exanthematische Krankheiten, Beitrag zur Kenntnis der gleichzeitigen Entstehung von zwei verschiedenen (Talmey) 574.
Exkoriationen der Füfse, Das Ichthyol gegen (Myrdarz) 569.
Exostose des Stirnbeins, Syphilitische (Brown) 145.

Färbung der Epithelfasern (Unna) 1.
— des Epithelprotoplasmas, Die spezifische (Unna) 277.
— der Mastzellenkörnung, Die spezifische (Unna) 367.
Familien-Syphilis (Spillmann und Etienne) 449.
Favus 39. 157. 416. 430. 443.
— des Kopfes und Körpers (Cantrell und Stout) 693.
—, die Methode der Behandlung Peronis (Veratti) 583.
—, Behandlung mit Wärme (Zinsser) 551.
Fettkörper in aseptischer Ausgufsflasche, Sterilisierte (Kuttner) 313.
Fettzelle, ihr Ursprung, Entwickelung und histologische Bedeutung (Borden) 220.
Fibrillen der Hornzellen der Haare und die Beziehungen der Pigmentkörperchen zu denselben (v. Nathusius) 219.
Fibro-Angiom 147.
Fibroma 233. 313. 435.
— des Gaumensegels (Wodon) 579.
— molluscum 84. 217. 238. E.-H. 61; — Multiple Neurofibrome der peripherischen Haut- und Muskelnerven (Brigidi) 190. 237; — 45jähriger Mann mit (Fürst) 315.
Fibromatosis 146.
Fibroneurome 238.
Finger- und Handekzeme in der Armenpraxis (Unna) 628.
Firnissen der Haut beim Menschen? Antwort auf die Arbeit des Herrn Professors Senator. Wie wirkt (Levy-Dohrn) 223.
Fischnahrung und Lepra (Ashmead) 336.
Fistelgangrän 45.
Fixierungsmittel, Chromkalium-Sublimat-Eisessig als (Zenker) 645.
Fliegen und Furunkel (Leloir) 111.
Flügelzellen 235.
Folliculitis 79. 149.
— bucco-pharyngea (Davezac) 113.
— depilans der haarlosen Körperstellen (Dubreuilh) 113.
— scrophulosorum 49. 79.
— vulvae, Behandlung des Herpes und der (Lutaud) 152.
Formaldehyd, ein ausgezeichnetes Härtemittel für tierische Gewebe (Eccles) 646.

Fossae nasales, als neue Behandlungsmethode der Syphilis, besonders derjenigen der (Dazzeus) 64.
Framboesia oder Jaw 95.
Fremdkörper der Blase (Legueu) 506.
Fuchsinkörperchen, Über Russelsche (Seifert) 563.
Funiculitis 263.
Furunkel 17. 26. 44. 137.
— und Fliegen (Leloir) 111.
Furunkulose, Zur Behandlung der (van Hoorn) 26.
—, Zur Therapie der (Neuberger) 211.

Gallobromol auf die Blennorrhagie, Über die Einwirkung von (Müller) 329.
— als sekretionsbeschränkendes Mittel bei Ekzem und Blennorrhoe (Letzel) 385.
Gangraena 43. 48. 146. 163. 389. 429. E.-H. 10.
— hysterica (Schwimmer) 435; — (Kaposi) 493.
— spinalen Ursprungs nach Influenza, Symmetrische (Laurenti) 583.
—, Zwei Fälle von spontaner (Morosow) 210.
— der Hände durch Kältewirkung im Verlaufe einer Influenzaerkrankung, Symmetrische (Dardignol) 583.
— im frühen Kindesalter, Lokale Asphyxie mit (Monro) 565.
— des Penis, Über partielle (Volterra) 634.
—, Die Behandlung der (Balzer) 527.
— des Scrotums (Allen) 145.
— der Vulva. Plötzlicher Tod, Herpes vacciniformis im jugendlichen Alter. (Fournier) 460.
Gangränöse Form, Anomale Varicellen in (Variot und Danseux) 168.
— Herde der Haut auf hysterischer Grundlage, Multiple (Bayet) 378.
— Schanker mit starker Hämorrhagie infolge Zertsörung der Arteria dorsalis penis sinistra, Phagedänischer und (Rey) 527.
— Stomatitis 162.
Gaumenperforation, Syphilitische (Neisser) 545).
Gaumensegel, Fibrom des (Wodon) 579.
Gehirn, s. Hirn.
Gehirnaffektion 147.
Geisteskrankheiten, Die syphilitischen (Newth) 52.
Gelenkaffektionen im Verlaufe von tertiärer Syphilis (Hjelmann) 51.
Gelenke, Kontraktur und Deformität der (Francis) 555.
General exfoliative epidemic Dermatitis 290.
Genitalien, Beiträge zur Kenntnis der weiblichen (Bergh) 403.
— abhängigen Formen von Cystitis, Über Einteilung und Prophylaxe der von Veränderungen der weiblichen (Zuckerkandl) 500.
—, „Diabetide" an den (Fournier) 163.
—, Behandlung der spitzen Warzen der weiblichen (d'Aulnay) 340.
Genitaltuberkulose beim Manne zu den übrigen Äufserungen der Tuberkulose, Beziehungen der (Villard) 524.
— des Weibes, Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der primären (Frankenburger) 339.
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Lehrbuch der (Joseph) 454.
— und Harnorgane, Abhandlung über Chirurgie der (Carbot) 522.
Geschlechtskranke Weiber im Arbeitshaushospitale zu Berlin, Die Hülfsstation für 156.
Geschlechtsorgane, Über die durch Influenza hervorgerufenen Komplikationen in den Harn- und (Lamarque) 556.
Geschwüre, 44. 144. 157.
—, Atresie des Cervikalkanals infolge von syphilitischen (Barnum) 51.
— durch Massage, Zur Behandlung variköser (Erdinger) 583.
Gesichtsekzem 67.
Gewebe, Formaldehyd, ein ausgezeichnetes Härtemittel für tierische (Eccles) 646.
Gewerbeekzem 67.
Gewerbliche Arsenvergiftung (Gaucher und Barbe) 144.
— Ekchymosen bei solchen, die sich im Springen üben (Brault) 151.
Granulom 87.
Glandula sublingualis, Über Syphilis der Parotis und der (Neumann) 551.
Glossitis syphilitica in Form von Leukoplasia lenticularis (Mendel) 249.
— und doppelter Labialitis, Tertiäre (Molinié und Escande 278.
— secundaria tardiva (Jullien) 659.
Glykosurie, ein weiteres Symptom, welches auf den neurotischen Ursprung der Dermatitis herpetiformis Duhring hindeutet (McWinfield) 573.
—, Fall von cerebralem Syphilom, kompliciert mit (Ozenne) 89.
— infolge Gebrauches von Thyreoidextrakt 333.
Gonococcus 36. 89. 322.
— und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses, Beiträge zur Biologie des (Finger, Ghon und Schlagenhaufer) 253. 322.
— in der gerichtlichen Medizin, Die Bedeutung des (Bosc) 450. 530.
— im Plattenverfahren, Eine einfache Methode zur Isolierung des (Král) 259.

Gonococcus, Vorkommen bei Urethritis und Bartholinitis (Hasse) 530.
— das Epithel der Urethra durchdringen? Ein Beitrag zu der Frage: Wie rasch kann der (Crippa) 530.
Gonorrhoe, s. Blennorrhoe.
Granoplasma 228. 277.
Granulationsvorgänge E.-H. 12.
Granuloma 171.
— mercuriale (Roth) 389.
Guajakol bei Tuberkulose, Bepinselungen der Haut mit (Sciolla) 266.
Gummabildung, Eine einen Abscefs vortäuschende (Winfield) 444.
Gumma 29. 32. 53. 69. 81. 273. 274. 439. 512. 554.
—, Fall von multiplem (Sherwell) 544.
— der Haut und der tieferliegenden Gewebe (Francis) 555.
— der Larynxmuskeln, Fall von syphilitischem (Elsenberg) 554.
— der Nieren, 321.
— skrophulo-tuberculosum, Lupus erythematosus und (Leredde) 143.
—, Oberflächliche Ulceration eines (Halpern) 659.
— der Lunge (Thompson) 661.
Gummöse Lues 264. 385.
— Syphilid der Unterlippe (Petrini) 270.
— Iritis (Lewin) 374.
Gynaecomastix 404.

Haare, Leberflecke etc. in der Praxis, Elektrolytische Beseitigung von (Sorenson) 521.
Haarbildung in der Sakralgegend, Abnorme 521.
Hämangioendothelioma tuberosum multiplex 318.
Hämatangiome 508.
Haematidrosis 107.
Hämatom, Fall von subperiostalem (Fürst) 501.
Hämaturie in einem Fall von Nierenstein, Kongestive (Hartmann) 452.
Hämoglobinuria paroxysmalis, durch Quecksilberinjektionen geheilt (Köster) 115.
Hämorrhagie 171. 491.
— infolge Zerstörung der Arteria dorsalis penis sinistra, Phagedänischer und gangränöser Schanker mit starker (Rey) 527.
Hämorrhagische Mikrobien, Über die bakterielle Association der Tuberkelbazillen mit (Babes) 49.
— Diathese bei einem Morphinisten während der Entziehungskur (Manchot) 315.
Hämorrhoiden 24.
Hämotherapie, sowie der intravenösen Sublimatinjektionen bei konstitutioneller Syphilis, Der gegenwärtige Stand der (Scarenzio) 63.
Häutung, Fall von jährlicher (Sligh) 699.
Hand- und Fingerekzeme in der Armenpraxis (Unna) 628.
Handbuch der Dermatologie, Klinisches (Tenneson) 41.
Harlekin-Foetus (Sherwell) 694.
Harnblase, s. Blase.
Harnfistel, Sekundärnaht bei (Wittzack) 706.
Harninkontinenz, Essentielle. Rasche Heilung durch Elektricität (Liaras) 709.
Harnleiter, Über den Rückfluſs des Blaseninhalts in die (Courtade und Guyon) 505.
Harnröhre, s. Urethra.
Harnröhren-Einspritzungen, Über die Technik der (Guiard) 336.
Harnröhren-Obturator (Guiard) 527.
Harnröhrendefekte durch Transplantation von Schleimhaut, Behandlung der (Sapiejko) 506.
Harnröhreninstrumente, Drei neue (Knorr) 689.
Harnröhrenverengung, s. Urethralstriktur.
Harnsaure Diathese, Zur Therapie der (Mendelsohn) 116.
Harnsteine, Elektrolyse der (Yvon) 337.
Harnwege, Die Bedeutung des Salols für die Antisepsis der (Vlaccos) 524.
—, Der Musculus compressor urethrae in seiner Bedeutung für die Physiologie und Pathologie der (Cohn) 686.
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Lehrbuch der (Joseph) 454.
Hautschuppung, Fall von (Blanc) 699.
Hautaffektion, Therapeutische und hygienische Resultate der Spital- und ambulanten Behandlung von Kranken mit venerischer und syphilitischer (Azua) 384.
—, Über eine eigentümliche (Guttmann) 317.
Hautalteration durch gesteigerte Darmfäulnis und deren Behandlung (Singer) 561.
Hautanatomie, Tafel der (Lewin) 639.
Hautausschläge infolge von Septikämie nach Scharlach und Diphtherie (Manning) 574.
Hautcarcinoma, s. Carcinoma.
Hauterkrankungen und Lymphämie (Wassermann) 325.
—, Über eine bisher nicht beobachtete perniciöse (Spiegler) 428.
Hauterscheinungen und Ernährungsstörungen beim Kinde (Millon) 501.

Hauterytheme im Verlaufe der Tuberkulose (Bayet) 450.
Hautfarbe und Klima (Wilser) 221.
Hautgangrän bei Masern (Menzi) 576.
Hautgeschwülste, Zur Lehre von den (Jarisch) 317.
Hautkatarrhe 482.
Hautkokken bei Ekzem, Über Invasion von (Bernheim) 109.
Hautkrankheiten, Einige Fälle seltener Formen von (Jamieson) 689.
—, Die (Morris) 106.
—, Alumnol bei (Gottheil) 387.
—, Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis einer epidemischen (Savill) 80. 287. 382.
—, Bericht über die Philadelphia Dispensary für (Stelwagon) 107.
—, Die Diaskopie der (Unna) 170.
— in Hamburg 1892—1893, Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für (Unna) 382.
—, Histologische Studie über Dr. Thomas Savills epidemische (Echeverrya) 476.
—, Die Kälte als ätiologischer Faktor bei (Corlett) 90.
—, Über eine neue (Pick) 426; — (Bramwell) 386.
—, Schilddrüsennahrnng bei (Phillipps) 221.
—, Über aphthöse Schleimhautgeschwüre und konsekutive (Neumann) 429.
—, Syphilis und Blennorrhoe (Winternitz) 263.
— und Syphilis, Therapeutische Neuigkeiten auf dem Gebiete der (Jessner) 42.
—, Eine Ansprache über die Thyreoidbehandlung von (Bramwell) 447.
—, Die Thyreoidbehandlung bei Myxödem und bei (Davies) 588.
—, Über die Unterbrechungen bei tuberkulösen (Hallopeau) 49.
Hautlappen, Transplantation von ungestielten (Braem) 562.
Hautnarbe (Kromayer) 117.
—, Über das Verhalten der elastischen Fasern in (Guttentag) 32.
Hautnerven, Naevi angiomatosi im Gebiete von (Feliciani) 219.
Hautödem durch Nerveneinfluſs (Rendu) 157.
Hautparasiten, Die gewöhnlichen tierischen (Ohmann-Dumesnil) 519.
Hautsarkom, s. Sarkom.
Hautstückchen, Über das Schicksal der nach dem Verfahren von Thiersch verpflanzten (Goldmann) 222.
Hauttransplantation nach Thiersch, Über die (Helferich) 172.
— nach Thiersch, Zur Technik der (Schnitzler und Ewald) 222.
— am zweiten Tage bei Unguis incarnatus, Cottings Operation nebst Thierscher (Tousey) 569.
Hauttumoren 237.
—, Über einen seltenen multiplen (Spiegler) 428.
Hautveränderungen, Beziehungen innerer Krankheiten zu (Jessner) 490.
Hautwassersucht, Zur mechanischen Behandlung der (Curschmann) 565.
Hautwunden und Desinfectionsmethoden, Infektion der (Lookwood) 221.
Heftpflaster, Unangenehme Nebenwirkungen von amerikanischem (Kamm) 571.
Hemiatrophia facialis (Zappert) 494.
Hereditäre Infektion, Über die Fournier'sche Lehre von der (Rosinski) 208.
Herpes 87. 485. 526.
— facialis 491.
— iris, Erythem mit (Neumann) 492.
— (Erythema exsudativum multiforme) an der Innenfläche der Hand und am Munde (Kaposi) 492.
— progenitalis und Ödem der groſsen Schamlippen 374.
— tonsurans s. Trichophytia.
— vacciniformis im jugendlichen Alter. Gangrän der Vulva. Plötzlicher Tod (Fournier) 460.
— zoster s. Zoster.
— und Folliculitis vulvae, Behandlung des (Lutaud) 152.
Herpeseruptionen in der Nase, Angina herpetica mit (Wodon) 572.
Herzerkrankung bei Erysipel (Gaillard) 702; — (Jaccoud) 703.
Hirnabscefs, Fall von (Schubert) 499.
Hirnarterien, Histologische Untersuchungen über die luetischen Veränderungen der (Stanziale) 52. 92.
Hirnsyphilis 125. 385.
—, Ein Fall von (Brousse) 52; — (White) 274.
— mit Einspritzungen von Oleum cinereum, Behandlung der (Sacaze und Magnol) 274.
— und Diabetes (Ozenne) 451.
Hoden, Ein Cystadenom des (Adler) 313.
— und Epididymitis gummosa des Nebenhodens, Ein Fall von Tuberkulose des (Fränkel) 29.
— bei hereditärer Lues, Mitbeteiligung des (Taylor) 514.
—, Hyperästhesie und Neuralgie des (Lydston) 525.
— mit zugehörigem Samenstrang nebst Samenblase, Demonstration eines tuberkulösen (Schede) 29.
— und des Samenstranges, Über einen Tumor der Schleimhaut des (Karewski) 313.
—, Ein Scheidensarkom des (Adler) 313.
—, Über Torsion des (Lauenstein) 28.
Hodenaffektion 130.
Hodengummata 264.

Hodentuberkulose und Epididymitis gummosa des Nebenhodens (Fränkel) 29.
—, Fall von (Morton) 445.
—, Kastration wegen (Gibson) 680.
Hornartige Neubildungen (Levi) 90.
Hühneraugen 111.
Hyalin und Kolloid im bindegewebigen Abschnitt der Haut (Unna) 589.
— in der Oberhaut, Die Darstellung des (Unna) 663.
Hydradenitis 150.
Hydradénome éruptif 317.
Hydroa 107.
— Duhring, Varietas erythemato-pustulosa (Wickham) 247.
—, Über einen Fall von (Brousse) 37; (Lustgarten) 251.
— Duhring (Arning) 316.
— (Duhring) hindeutet, Die Glykosurie, ein weiteres Symptom, welches auf den neurotischen Ursprung der (Mc Winfield) 573.
— vacciniformis Bazin, Hutchinsons Sommereruption (Bowen) 103.
— vacciniformis seu aestivalis 698.
Hyperämie 108. 171.
Hyperhidrosis 11. 107.
Hyperkeratosis suprafollicularis 79.
Hyperplasie der roten Blutkörperchen, Bemerkungen über die regenerative (Neumann) 582.
Hypertrichosis, Beitrag zur Kasuistik der Spina bifida occulta mit lokaler (Joachimsthal) 521.
Hypertrophie des Corpus cavernosum urethrae, Naevus maternus mit (Winiarski) 520.
Hyphomyceten, Über den Pleomorphismus pathogener (Kràl) 99.
Hypospadia cum phimosi, Pyelonephritis (Horváth) 526.
Hysterie, Über akutes und chronisches Ödem bei manchen Neurosen, insbesondere bei (Higier) 501.
—, Ein Fall schwerer (Hackel) 547.
Hysterische Gangrän (Schwimmer) 435.
— Mundblutungen 547.

Jahresbericht s. Bericht.
Jaw oder Framboesia 95.
Ichthyol in der Therapie der Blennorrhoe (Colombini) 342.
— gegen Exkoriationen der Füfse (Myrdarz) 569.
—, Behandlung der Anusfissuren mit (van der Willigen) 570.
Ichthyolgaben bei entsprechender Diät, Wirkung innerer (Knorr) 310.
Ichthyolzinkpaste 22.
Ichthyosis 66. 72. 141. 443. 448.
Ichthyosis, Hautveränderung, ähnlich der (Pick) 30.
—, Ein Fall von kongenitaler (Sherwell) 549. 694.
Impetigo 450. 453; — Behandlung der (Thibierge) 456.
— contagiosa bullosa, Ein ungewöhnlicher und excessiver Fall von (Elliot) 335.
— gangraenosa 429.
— herpetiformis (Dauber) 322.
— varioliformis 690.
Impfschäden, Über (Voigt) 495.
Impftiere, Verwendung der (Czokor) 496.
Incontinentia urinae (Gersuny) 209.
Infektiöse Krankheiten, Eine seltene Aufeinanderfolge von (Jacontini) 168.
Infektion, Über die Fourniersche Lehre von der hereditären (Rosinski) 208.
—, Fälle von doppelter syphilitischer (Servin) 267.
Infektionskrankheiten, Die Pharyngotherapie, ein Beitrag zur Behandlung der (Heller) 488.
Infiltrationsanästhesie in der Praxis des Dermatologen, Über die Verwendbarkeit der Schleichschen (Scharff) 133.
Influenza hervorgerufenen Komplikationen in den Harn- und Geschlechtsorganen, Über die durch (Lemarque) 556.
—, Symmetrische Gangrän spinalen Ursprungs nach (Laurenti) 583.
—, Symmetrische Gangrän der Hände durch Kältewirkung im Verlaufe einer (Dardignal) 583.
Influenza-Nephritis 557.
Influenzaepidemie, Veränderung der Zungenoberfläche bei einzelnen (Raymond und Netter) 172.
Initialsklerose 140. 211. 233. 391. 453. 493. 657. E.-H. 61.
—, Multiple (Vaughan) 252; — (Brown) 144; — (Klotz) 147; — (Charrier) 261.
— der Augenlider (Panas) 657; — (Rolland) 657.
— des Augenlides und der Conjunctiva (Vignes) 268.
— der Conjunctiva bulbi (Vignes) 657.
—, Schwere Erscheinnngen nach (Ledermann) 203.
— mit starker Hämorrhagie infolge Zerstörung der Arteria dorsalis penis sinistra, Phagedänischer und gangränöser (Rey) 527.
— der Hand und der Finger (Fournier) 268.
—, die nacheinander bei dem nämlichen Individuum auftraten, Über einen Fall von multipler (Charrier) 261.
—, Syphilisation ohne (Verchère) 451.
— auf der Tonsilla lingualis (Schiffers) 268.
— der Tonsille (Rosenberg) 544; — (Oberndorfer) 634.

Initialsklerose in der Unterbauchgegend (Jadassohn) 679.
—, Excision der primären 33.
— der Harnröhre 139.
— im Sulcus coronarius 139.
— des Mittelohres als parasyphilitische Affektion bei der Lues hereditaria tarda (Gradenigo) 494.
—, Lymphdrüseneiterungen in den Leisten nach (Bossart) 268.
Inokulation, Seltsame Methoden syphilitischer (Judkins) 656.
Inokulationslupus, Über (Cramm) 51.
Interfemineum 404.
Intravenöse Injektionen von Sublimat (Lewin) 205.
Jod- und Bromexantheme (Crocker) 160.
Jodakne (Neisser) 545.
Joddermatosen, Zur Kasuistik der (van Dort) 330.
Jodkalium, Über Behandlung der Psoriasis mit grofsen Dosen von (Cerchez) 86; (Seifert) 96.
Jodkalium-Eruptionen, Beitrag zum Studium der (Casoli) 568.
Jodkaliumexanthem (Rutkowsky) 571.
Jodkaliumgebrauch, Bullöse Eruption nach (Arnozan) 571.
Jodödem, Über (Zeissl) 158.
Jodoform-Dermatitis (O'Hagan) 163.
— von Matschke", Einige Worte zu „Ein Beitrag zur Kenntnis der (Piltz) 571.
Jodvasogen, Über (Leistikow) 541.
Jodwirkung (Seifert) 96.
Jodpräparate, Über Angewöhnung an Quecksilber- und (Wickham) 44.
Iritis gummosa (Lewin) 374.

Kälte als ätiologischer Faktor bei Hautkrankheiten (Corlett) 90.
Kältewirkung im Verlaufe einer Influenzaerkrankung, Symmetrische Gangrän der Hände durch (Dardignal) 583.
Kahlheit, s. Alopecia.
Kalomelinjektionen bei Syphilis (Linden) 33.
Kanüle von Dr. G. Vanghetti zu Urethralirrigationen (Mibelli) 283.
Kapillar-Varicen, Lymphatische (Elliot) 148.
Karbolgangrän (Mounier) 46; — (Dubois-Havenith, Tournay, Vandam, de Rechler, Dubaisieux) 389.
Karbunkel 137;
—, Bemerkungen über einen Fall von Excision des (Lawrie) 112.
Kastration wegen Hodentuberkulose (Gibson) 679. 680.
— wegen Prostatahypertrophie (Smith) 680.
Kasuistische Mitteilungen (Ricketts) 150.
Katalog of the Clinical Museum and Journal of Proceedings, a descriptive (Hutchinson) 455.
Kataphorese in der Dermatotherapie, Über die Verwendung der elektrischen (Ehrmann) 483.
Katheterismus der Ureteren beim Weibe (Kelly) 338.
Katheterismus bei impermeablen Strikturen, Retrograder (Sonnenburg) 705.
Kava-Kava bei Blennorrhoe (Bacon) 343.
Kehlkopferysipel, Über drei Fälle von (Lunin) 114.
Keloid 123. 455.
— der Brust 250.
— kombiniert mit Narbenkeloid, Ein Fall von einem sog. wahren (Schütz) 552.
— Spontanes, multiples (Jadassohn) 677; — (Ohmann-Dumesnil) 579.
Keratodermie und Keratodermitis (Breda) 92.
Keratoma palmare hereditarium 506.
Keratosis follicularis 76. 486; (Allen) 249; Psorospermosis follicularis Darier, Klinischer und histo-pathologischer Beitrag zum Studium der (Marianelli) 40.
— und Melanosis nach innerlichem Arzneigebrauch, Zwei Fälle von (Heuss) 570.
— pilaris 95.
Kind, Hauterscheinungen und Ernährungsstörungen beim (Millon) 560.
Kindersyphilid, Pityriasis versicolor mit dem Aussehen eines (Fournier und Sabouraud) 249.
Kindesalter, Zur Ätiologie der gewöhnlichen Dermatosen des (Millon) 560.
Klauen- und Maulseuche auf den Menschen, Übertragung der (Scheyer) 685.
Klima und Hautfarbe (Wilser) 221.
Knochensyphilis der Kinder, Beitrag zur Lehre von der (Renard) 271.
Kohlenwasserstoffe, Oxygenierte (Dahmen) 46.
Kollacin, Kollastin und Kollagen, Basophiles (Unna) 465.
Kollasin, Über (Schiff) 442.
Kolloid und Hyalin im bindegewebigen Abschnitt der Haut (Unna) 589.
Kolloid-Milium 319.
Kolloide Degeneration 591.
Kondyloma 121.
—, Über das Vorkommen von Nerven im spitzen (Reisner) 98.
Kopfgrind in Bosnien und Herzegowina (Glück) 442.
Korbzellen 235.
Krätze, Ein Fall von ungewöhnlicher Übertragung der (Méneau) 452.
— und ihre Nebenerscheinungen (Leloir) 505.

Kreosolsaponat (Arnd) 46.
Kreosot, Beitrag zur Kenntnis des (Friedheim) 80.
Kuhpocken am Auge (Searles 169.)

Labialitis, Tertiäre Glossitis und doppelte (Molinié und Escande) 273.
Läuse s. Pediculi.
Laryngitis syphilitica tertiana (Mendel) 95.
Larynx infolge von Lues, Über Verwachsungen und Verengerungen im Pharynx und im (Heymann) 498.
Larynxmuskel, Ein Fall von syphilitischen Gummata der (Elsenberg) 554.
Larynxstenose, Syphilitische (Rosenberg) 544.
Leberflecke, Haare etc. in der Praxis, Elektrolytische Beseitigung von (Sorenson) 521.
Leichentuberkel (Lewin) 205.
—, Zur Ätiologie des (Gockel) 651.
Leistendrüsenentzündung im Anschlusse an weiche Schanker 543.
Leistenhoden, Einen torquierten (Schede) 28.
Lepra 28. 102. 105. 355. 358. 387. 451. 455. 593.
—, Ein Fall von (Fox) 28; — (Daly) 510.
—, Die Ätiologie der (Fitsch) 647.
— anaesthetica 107; — Über die Erkrankung der Nerven bei der (Dehio) 207.
— kontagiös? Ist die (Sundberg) 647.
— maculosa 207.
—, Die Applikation von Zugpflastern als diagnostisches Hülfsmittel bei (Kalindero) 265.
—, Über die Erkrankung des Gefäßsystems bei (Joelsohn) 265.
—, Die Frage der Verbreiterungsweise der (Rake) 510.
—, Fischnahrung und (Ashmead) 336; — (Crane) 648.
— und das Lepraasyl auf Trinidad im Jahre 1892 (Rake) 646.
— und Leprakranke im Orient (Fost) 509.
— und Morvansche Krankheit (Marestang) 49.
— und Syringomyelie (von Düring) 48.
—, Über die Wirksamkeit und den Bestand der Gesellschaft zur Bekämpfung der (Manteuffel) 46.
—, die Non-Kontagiosität der (Bulkley) 647.
— auf Island (Ehlers) 102.
— in Schweden (Oehrn und Sederholm) 508.
Lepra in Schweden und Norwegen, Mitteilungen über die (Lorand) 508.
—, Zur Verbreitung und Behandlung der (Reisner) 47.
Lepraangelegenheiten, Ansichten eines hervorragenden japanesischen Specialisten über (Ashmead) 104.
Leprabacillen 325.
—, Morphologie der kultivierten (Campana) 219.
Lepraerythem mit riesenzellenähnlichen Gebilden, welche den bei Tuberkulose gefundenen Riesenzellen etwas ähnlich sind (Montgomery) 648.
Leprafälle, Betrachtungen über einige (Pellizzari) 39.
Lepröse Neuritis, Weiterer Beitrag zur Klinik und Anatomie der (Arning und Nonne) 264.
Lepröse und Lepra im Orient (Fost) 509.
Leprophobia (Lutz) 648.
Leukoplasia lenticularis, Glossitis syphilitica in Form von (Mendel) 249.
Leukämie 84. 207.
—, Über (Schultze) 577.
Leukodermie 107.
Leukoplakie zur Behandlung der (Leistikow) 371.
— lingualis et buccalis 371.
Leukorrhoe 410.
Lichen 72. 78. 101. 591. 663.
— -Fälle, Demonstration von Syphilis- und (Neumann) 29.
—, Zur Diagnose des (Lassar) 373.
— agrius 101.
— circinatus 101.
— circumscriptus 101.
— hypertrophicus 102.
— obtusus 102.
— pilaris s. Hyperkeratosis suprafollicularis.
— polymorphe ferox 79.
— ruber 67. 78. 101. 111. 373. 432 435; — Fall von (Fox) 251.
— ruber acuminatus 29. 78. 101. 373. 485; (Kaposi) 484.
— ruber planus, Vitiligo und Neurodermitis chronica circumscripta bei einer und der nämlichen Person (Welander) 449.
— — planus 78. 387. 485 E.-H. 94; — (Sechi) 461; — (Kaposi) 484.
— ruber verrucosus (Gebert) 328.
— scrophulosorum s. Folliculitis.
—, Pityriasis rubra pilaris, Lichen Wilsonii oder (Hallopeau) 248.
— simplex und Lichenifikation (Du Castel) 143.
— — acutus generalisatus (Méneau) 153.
— simplex chronicus 79.
— syphiliticus 79. 101.
— urticatus 79. 573.
— verrucosus 102.

Lichen Wilsonii oder Lichen scrophulosorum Pityriasis rubra pilaris (Hallopeau) 248.
Lichenfrage, Der gegenwärtige Stand der (Neisser) 78; (Morris) 100.
Lichenifikation 79.
— und Lichen simplex (Du Castel) 143.
Lidrandcysten, Über (Wintersteiner) 498.
Lipom 313; — Multiples 251.
Lipome, Über multiple (Haferkorn) 389.
Lipome, Über symmetrisches Auftreten von (Köttnitz) 579. 580.
Lithotomie, Bericht über zwei Fälle von (Beck) 635.
Lithotripsie (Ssinizin) 210.
Loretin, ein neues Antisepticum 44.
Luftwege, Über luetische Verwachsungen in den oberen (Heymann) 543.
— Syphilis der oberen (Bryan) 660.
Lunge, Gumma der (Thompson) 661.
—, Eine luetisch und tuberkulös erkrankte (Rindfleisch) 495.
Lungensyphilis und Lungentuberkulose, Differential-Diagnostik zwischen (Rendu) 661.
Lupöse Infiltrate im Gesicht (Petrins) 270.
Lupoide Affektion der Extremitäten (Adenot) 510.
Lupus 45. 68. 122. 137. 345. 355. 383. 387. 448. 455. 517. 542. 650. E.-H. 61.
—, Fälle von (Moreau) 266; — (Fordyce) 547.
— und Anthrax (Leloir) 50.
— im Anschluſs an Operationen tuberkulöser Herde (Bayet) 36.
—, Epitheliom der Oberlippe nach (Dubreuilh) 51.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
—, Exulcerierender 28. 258.
— durch Inokulation (Cramm) 51.
— und Oedema lymphangiticum (Leloir) 50.
— pernio 348.
— mittelst Parachlorphenol, Über die Behandlung des (Elsenberg) 257.
— und lupusähnliches Syphilid, Differential-Diagnose zwischen syphiloidem (Fournier) 270.
—, Serpiginöser 32.
— tuberculosus superficialis (Dubreuilh) 650.
— vulgaris 49. 50. 147. 358. 583.
— und seine Behandlung (Ceci) 51.
—, Operative Behandlung des (Schiff) 440.
— am Zahnfleisch (Kaposi) 492.
— vom klinischen Standpunkte aus, Über die Natur des (Fox) 50.
—, Über die Virulenz des (Arloing und Courmont) 50.
Lupus, Zwei mit Thyreoidextrakt behandelte Fälle von (Bramwell) 650.
— hypertrophicus faciei (Valenti) 650.
—, Tuberkulinbehandlung bei (Varuccio) 93. 219.
Lupusfälle (Lang) 493.
Lupusfibrom 32.
Lupussklerose 233.
Lycetol, Über das (Wittzack) 45.
Lymphadenia cutanea 86. 325.
Lymphadenitis inguinalis incipiens 541.
— — purulenta 542.
— cervicalis 542.
Lymphämie und Hauterkrankungen (Wassermann) 325.
Lymphangiektasie, Fall von variköser (Elliot) 148.
Lymphangiome 508.
—, Fall von (Fox) 249.
— tuberosum multiplex 319.
Lymphangitis durch Streptokokkeninfektion bedingt, Erysipel, Scarlatina und (Bergé) 114.
Lymphatische Pseudoleukämie (Ehrlich) 206.
— Kapillar-Varicen (Elliot) 148.
Lymphdrüseneiterungen in den Leisten nach Ulcus induratum (Bossart) 268.
Lymphodermia perniciosa 325.
Lymphorrhagia (Francis) 556.

Macassar-Öl, Über (Glenck) 44.
Magenerysipel (Ucke) 704.
Makrochirie des rechten Oberarmes, Über hypertrophische (Chassiotis) 674.
Malaria, Chronische (Moscato) 391.
Malleus acutus (Bourdon) 64.
Mandeln. Die Eingangspforte für das skarlatinöse Virus bilden die (Dowsen) 165.
Masern s. Morbilli.
Massage, Zur Behandlung variköser Geschwüre durch (Erdinger) 583.
Mastdarmfistel 135.
Mastzellen, Mitteilungen über die Ehrlichschen (Neuberger) 207.
Mastzellenkörnung, Die spezifische Färbung der (Unna) 367.
Maul- und Klauenseuche auf den Menschen, Übertragung der (Scheyer) 685.
Medizinischer Kongreſs in Rom, Rückblick auf den XI. Internationalen (Heuss) 78.
Medullarsyphilis, besonders vom klinischen Standtpunkt (Marie) 54.
Melanocarcinome 330.
Melanodermie, Konsekutive partielle neurotische (Moscato) 391.
Melanom, Zur Therapie des (Lassar) 330.
Melanosarkom (Lassar) 204. 373.
Melanosis 455.

Melanosis nach innerlichem Arsengebrauch, Zwei Fälle von Keratosis und (Heuss) 570.
Melanotische Tumoren, Über den Ursprung des Pigments in (Jooss) 562.
Meningo-Encephalitis syphilitica bei einem Kinde von fünf Jahren (Moussous) 53.
Meningomyelitis luetica, Fall von (Nobl) 274.
Menstruation, Schweifs als vikariierende (Gillet) 224.
Merkurialexantheme (Rosenthal) 92.
Metachromatische Färbung der Mastzellen 370.
Metastasenbildung, Tumor cruralis congenitus 577.
Mikro-Photogramme, Demonstration von (Engel) 489.
Mikrobien, Über die bakterielle Association der Tuberkelbazillen mit hämorrhagischen (Babes) 49.
Mikrobion bei der Syphilis, Von dem Vorhandensein eines polymorphen (Golasz) 153.
Mikroorganismus des Ödems, Ein neuer (Harris) 566.
Mikrophthalmus mit Cystenbildung im oberen Lid, Über (Purtscher) 496.
Mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie (Ledermann und Ratkowski) 35. 100. 260. 325.
— — zum Gebrauch bei medizinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen (Friedländer) 261.
Miliaria 168.
Mischgeschwulst des Testikels, Eine bösartige (Taylor) 679.
— molluscum fibrosum 147, Ein Fall von (Pooley) 106.
— contagiosum s. Epithelioma contagiosum.
Morbillen und Diphtherie (Podack) 316.
Morbilli 245. 316, 489; — (Tresling) 575.
— mit Einreibung von Eucalyptus, Behandlung von (Shelly) 166.
—, Die Hautgangrän bei (Menzi) 576.
— unmittelbar nach Röteln (Theodor) 576.
Morbus Brightii syphilitischen Ursprunges (Elsenberg) 321.
—, akuter 221.
—, chronischer 321.
Morbus Addisonii, Studien über den 392; — (Thompson) 391; — (Jelleffe) 445.
Morbus Darieri 98.
Morphoea 107. 123. 455.
Morvansche Krankheit 48. 165. 663.
— und Lepra (Marestang) 49.
—, Ein Fall von (Rieder) 315.
Mucinfäden im Urin, Cylindroide oder sogenannte (Manges) 115.
Mundaffektion, Blennorrhoische (Leyden) 545.
Musculus compressor urethrae in seiner Bedeutung für die Physiologie und Pathologie der Harnwege (Cohn) 686.
Muskelatrophie bei Syphilitikern, Progressive (Raymond) 270.
Muskelfasern, Die spezifische Färbung der glatten (Unna) 533.
Mycetoma 591.
—, Analyse von 100 Fällen von (Bocarro) 461.
Myelitis dorsalis, Sklerodermie bei (Schultze) 584.
Myomen 533.
Mykosis fungoides 31. 82. 86. 94; — (Dubreuilh) 462; — (Lustgarten) 548; — (Fox) 548.
—, Über die klinischen Charaktere der (Hallopeau) 80.
—, Zur Histologie der (Leredde) 93. 379.
— versicolor bei kleinen Kindern (Fournier und Sabouraud) 343.
— des Pharynx 462.
Myositis 461.
— gummosa et suppurativa 700.
Myxödem 132. 387. 467. 491.
—, Weitere Mitteilungen über (Wichmann) 394.
— syphilitischen Ursprungs, Ein Fall von Diabetes insipidus und (Pospelow) 125.
— und bei Hautkrankheiten, die Thyreoidbehandlung bei (Davies) 588.
—, Weitere Beobachtungen über die Behandlung des (Pospelow) 537.
— operativum, ein mittelst Schilddrüseninjektion und Fütterung erfolgreich behandelter Fall von (Leichtenstern) 586.
— mit Schildrüsentabletten behandelt (Raven) 587.
— behandelt mit Schilddrüsennahrung (Adam) 393; — (Putnam) 394; — (Schotten) 585.
— und dessen Behandlung mit innerlich dargereichter Glandula thyreoidea (Laache) 393.
Myxom 313.

Naevi 1. 122. 391. 455. 508. 533.
— angiomatosi im Gebiete von Hautnerven (Feliciani) 219.
— fibromatosi 508.
— mollusciformes 251.
— vasculares mit Elektrolyse und Skarifikationen, Die Behandlung der (Bayet) 261.
— vasculosi zoniformes mit trophischen Störungen (Gaston) 142.
— verrucosi 92. 508.
—, Ein Fall von umfangreichem, behaartem (Röhring) 520.

Naevi materni mit Hypertrophie des Corpus cavernosum urethrae (Winiarski) 520.
— unius lateris, Über einen Fall von Cystadenoma intracanaliculare bei einem (Elliot) 520.
— pilosi des Gesichtes mittelst Elektrolyse, Die Entfernung eines (Fox) 520.
— in maligne Tumoren, Über die Umbildung der (Respighi) 507.
— der Vulva mit Ulceration (Allen) 144.
Naevocarcinome 121.
Narben 465.
Narbenkeloid, Ein Fall von einem sog. wahren Keloid, kombiniert mit (Schütz) 552.
Narbenkontraktion bei Transplantationen (Meyer) 562.
Nase, Zur Behandlung der erfrorenen (Helbing) 208.
—, Beitrag zur Kenntnis der Eiterungen bei tertiären Syphilomen der (Hallopeau und Jeanselme) 81.
Nasenhöhlen, Über die Eiterungen im Gefolge tertiärer Syphilis der (Hallopeau und Jeanselme) 261.
Naseninnern durch syphilitische Erkrankung, Vollständige Zerstörung des (Dunn) 660.
Nasenschleimhaut, Tuberkulose der (Herzog) 649.
Nasensyphilis (Klinedinst) 59; — (Demme) 544.
Nebenhoden s. Epididymis.
Nebennieren, Studien über den Morbus Addisonii und über die (Thompson) 391.
—, Die Nerven der (Kölliker) 494.
Nephritis und Vaccination (Falkenheim) 493.
Nerven in spitzen Kondylomen, Über das Vorkommen von (Reisner) 98.
— bei der Lepra anaesthetica, Über die Erkrankung der (Dehio) 207.
—, der Nebennieren (Kölliker) 494.
Nervendehnung, Tabesfälle mit blutiger (Benedikt) 489.
Nerveneinfluſs, Hautödem durch (Rendu) 157.
Nervenkrankheiten, Einige Kennzeichen der Oxalurie und ihre Beziehungen zu gewissen Formen von (Adler) 115.
Nervensystem, Der Einfluſs der frühzeitigen antiluetischen Behandlung auf das (Deutsch) 319.
Neubildungen, Beitrag zur Ätiologie der verrukösen und hornartigen (Levi) 90.
— der Vulva, Über einige ungewöhnliche (Taylor) 144.
Neugeborene, Die Behandlung der Syphilis der (Perier) 260.
Neuralgie und Hyperästhesie der Hoden (Lydston) 525.
Neurasthenie 434.
Neuritis 11. 48. 57. 164. 208. 247. 529.
— leprosa ascendens 207; — Weiterer Beitrag zur Klinik und Anatomie der (Arning und Nonne) 264.
— multiple 377.
Neurodermite chronique circonscrite 79.
—, Vitiligo und Lichen ruber planus bei einer und derselben Person (Welander) 449.
Neurofibrome der Muskeln (Brigidi) 80.
— der peripherischen Haut- und Muskelnerven mit Fibroma molluscum, Multiple (Brigidi) 190. 237.
Neurome 239. 533.
Neurose, diphtheritische 376.
Neurosen, Über akutes und chronisches Odem bei manchen (Higier) 501.
Nierenaffektionen, Syphilitische 321.
Nierengummata 321.
Nieren- und Blasensteine 381.
Nierenstein (Hayden) 635.
—, Kongestive Hämaturie in einem Fall von (Hartmann) 452.
Nierensyphilis, 321; — Kongenitale, fötale (Massolongo) 92.
—, Über (Grandmaisson 273.

Oberhautepitheliom, Beitrag zum Studium des (Tommasoli) 153.
Oedema 107. 111. 172. 356. 358, 382. 389. 457. 482. 491. 542. 557.
— acutum 566.
— angioneuroticum 566.
— arthriticum (Huchard) 158.
—, Fliegendes 567.
— durch Jod (Zeissl) 158.
— gelatineforme 158.
— hochgradiges 365.
— lymphangiticum und Lupus (Leloir) 50.
—, Lokalisiertes transitorisches (Starr) 566.
— phlegmasiacum 158.
—, Zur Frage der „eiweiſsfreien" (Tschirkow) 157.
— der Haut durch Nerveneinfluſs (Rendu 157.
— der Labia 163.
— der Thoraxwand, Lokales 566.
—, Neuer anärober Bacillus des malignen (Novy) 699.
— der groſsen Schamlippen und Herpes progenitalis (Lewin) 374.
— bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie, Über akutes und chronisches (Higier) 501.
—, Ein neuer Mikroorganismus des (Harris) 566.
Oedematöse Durchtränkungen E.-H. 9.

Oesypus, Über (Rosenthal) 329. 375.
Ohren für die Ohrringe, Über die Gefahren der Durchbohrung der (Fournier) 450.
Ohrläppchen und ihre Beziehungen zu den Ohrringen, Die Wunden im (Leloir) 111
Olivenölseifen? Woran erkennt man die reinen 44.
Orchitis 557.
Osmium - Kupfer - Hämatoxylinfärbung (Berkley) 646.
Osteosis der Haut des Fusfes (Coleman) 334.
Oxalurie und ihre Beziehungen zu gewissen Formen von Nervenkrankheiten, Einige Kennzeichen der (Adler) 115.

Pachydermia vesicae (Cabot) 523.
Pagetsche Krankheit 154. 578.
—. Die Ätiologie der (Ravogli) 74.
Papillitis lingualis (Duclaix) 343.
Papilome der Urethra 263.
Papulöses Syphilid, Über den Einfluſs des Quecksilbers auf das (Unna) 383.
Parachlorphenol, Über die Behandlung des Lupus mittelst (Elsenberg) 257.
Parafrenitis penis 381.
Parakeratosen 482.
Paralysis, Beziehungen der Syphilis zur allgemeinen progressiven (Petersen) 275.
— der Entwickelungsjahre (Alzheimer) 495.
— der Irren und ihre Behandlung bei den Syphilitikern, Zur Frage über die allgemeine progressive (Platonnow) 275.
— spinalis, Über syphilitische (Oppenheim) 275.
— spinalis syphilitica (Erb) und verwandte Krankheitsformen (Kuh) 56.
—, Syphilis und allgemeine (Fournier) 58.
Parasiten der Haut, Die gewöhnlichen tierischen (Ohmann Dumesnil) 519.
Parasyphilitische Affektion bei der Lues hereditaria tarda, Über Sklerose des Mittelohres als (Gradenigo 494.
Paraurethritis 263.
Parotis und der Glandula sublingualis, Über Syphilis der (Neumann) 551.
Patellarreflex, insbesondere bei Lues, Untersuchungen über den (Marx) 212.
Pediculi 35; — palpebrarum (Gallemaerts) 519.
Pellagra in Rufsland, Über die (v. Rosen) 159.
Pemphigus 107. 203. 448. 498.
— circinatus (Allen) 457.
— foliaceus (Kaposi) 493.
— malignus (Penrose) 457.
Pemphigus syphiliticus 140.
— vegetans 334.
— der Lippen, Ein Fall von rückfälligem (Bayet) 152.
— mit tödlichem Ausgange, Zwei Fälle (Taylor) 333.
Penis, Seitliche Verbiegung des (Morton) 449.
Penisgangrän, Über partielle (Volterra) 634.
Peptonurie und ihre Beziehungen zur Albuminurie, Über (Roux) 115.
Periarteriitis leprosa 265.
Peridiaphanie der Kerne 482.
Perilymphangitis suppurativa (Francis) 556.
Periostitis der Orbita, Hereditär-syphilitische (Trousseau) 143.
— ossis nasalis 542.
Periphlebitis 265.
Periurethritiden 69.
Periuterine und uterine Erkrankungen, Hygiene und Prophylaxe der (Pichevin) 260.
Phagedänischer und gangränöser Schanker mit starker Hämorrhagie infolge Zerstörung der Arteria dorsalis penis sinistra (Rey) 527.
Pharyngo-Mykosis 462.
Pharyngotherapie, ein Beitrag zur Behandlung der Infektionskrankheiten (Heller) 488.
Pharynx und im Larynx infolge von Lues, Über Verwachsungen und Verengerungen im (Heymann) 498.
—, Syphilis des (Cautaz) 659.
Phimosis 163. 252.
— und Circumcision (Wertwill) 525.
—, Über eine neue operative Behandlung der (Trnka) 525.
Phlebitis 529. 578.
—, Rheumatische 158.
Phlegmone 137.
— in der Nähe des Frenulums, Periurethrale (Guiteras) 381.
Pian oder Syphilis (Wickham) 95.
Pigment 35. 87. 171. 396. 455.
— in melanotischen Tumoren, Über den Ursprung des (Jooss) 562.
Pigmentanomalien 107.
Pigmentkörperchen zu denselben, Die Fibrillen der Hornzellen der Haare und die Beziehungen der (v. Nathusius) 219.
Pigmentsarkome 86.
—, Fall von multiplem, idiopathischem (Neisser) 545.
Pigmentsyphilid 264.
Pikrinsäure in der Behandlung des Epithelioma (Morau) 576.
Pityriasis 312 385.
— auris, Behandlung der (Albespy) 459.
— capitis 332. 629.

Pityriasis pilaris 373. 374.
— rosea 95. 107; — (Gibert) 679.
— rubra 39. 79. 111. 140. 302. 325. 382. 679.
— rubra pilaris 101. 248. 485; — Über (Bronson) 27; — (Neumann) 483; —, Lichen Wilsonii oder Lichen scrophulosorum (Hallopeau) 248.
— versicolor 416. 421; — und Erythrasma, Experimentelle Untersuchungen über (Ducrey und Reale) 85; — mit dem Aussehen eines Kindersyphilids (Fournier und Sabouraud) 249; — über die Behandlung der (Bodin) 519.
Plasmom, das syphilitische 383.
Plattenzellen 235.
Plattfuſs und Schweifsfuſs (v. Lesser) 224.
Pleomorphismus pathogener Hyphomyceten (Kràl) 99.
Pleuritiden, Über syphilitische (Rochon) 271; — (Raynaud) 152. 660.
— im späteren Stadium, Über syphilitische (Brousse) 447.
Plica, Fall von (Stelwagon) 395.
— polonica (Ohmann-Dumesnil) 344.
Pneumonie bei Erysipel (Roger) 703.
Pocken, s. Variola.
Polyadenitis 453.
Polymyositis acuta progressiva 700.
Polyneuritis mercurialis, Ein Fall von (Leyden) 57; — (v. Engel) 273.
— syphilitica (Perrero) 274.
Präglobulin 559.
Priapismus 578.
Primäraugenblasencyste 496.
Prostata 444.
—, Ein Beitrag zur Atrophie der (Strauch) 209. 689.
— -Hypertrophie, Operative Behandlung der (Cabot) 522; — Kastration wegen (Smith) 680.
—, Physiologische Aufgaben der (Finger) 707.
—, Tuberkulose der (Vaughan) 635.
Prostatasarkom, zur Kasuistik und Therapie des (Burckhardt) 688.
Prostatavergröfserung, Modifikationen von Bigelows Operation von Blasensteinen, namentlich bei gleichzeitig vorhandener (Chismore) 691.
Prostitutionsfrage, Zur (Puschmann) 155.
Prostitution am Markt von Nijni Novgorod, Über die (Zinaida) 90.
— in Rufsland (Fiaux) 155.
— in Italien (Pellizzari) 155.
—, Eine verfehlte Reform, betreffend den Bericht Professor Tarnowskys über die (Pellizzari) 155.
Protoplasmafärbung nebst Bemerkungen über die Bindegewebszellen der Cutis (Unna) 225.
Protozoenähnliche Körper bei Zoster (Hartzell) 692.
Prurigo 152. 172. 206. 376. 387; — 66. 79. 248. 423; — (Neisser) 573.
— autotoxica 248.
— chronica 560.
— diathésique 79.
— simplex 79. 248. 560; — acuta 248; Vidal-Broqs und Prurigo Hebra (Hallopeau) 248.
— temporaria 79.
Pruritus 79. 163. 574.
— ani 376.
— essentialis 560.
Pruritus nervosus 66.
— senilis 66.
— vulvae 72.
Pseudo-Lipom 158.
— -phlegmonöses Ödem 158.
Pseudo-Paralysis syphilitica (Ferreira) 59.
Pseudogummata syphilitica der Haut (Petrini) 270.
Pseudohermaphroditismus femininus externus (Kurz) 338.
Pseudoleukämie, Lymphatische (Ehrlich) 206.
Pseudolichen 79.
Pseudonavicellae 76.
Psoriasis 66. 67. 72. 83. 111. 139. 140. 299. 376. 386. 423. 432. 448. 458. 486. E.-H. 60.
—, Über einen atypischen Fall von (Molinié und Escande) 457.
— minutiosa annulata 205.
— mucosa 655.
— palmaris specifica 211.
—, Syphilitische 387. 684.
— universalis (Kaposi) 492.
— vulgaris 157.
—, Eigentümliche Lokalisation von (Sherwell) 549.
— und Eccema seborrhoicum, Ein Fall von gemischtem Auschlag (Winfield) 444.
— mit grofsen Dosen von Jodkalium, Über Behandlung der (Cerchez) 86; — (Seifert) 96.
mit innerlicher Anwendnng von Schilddrüsenextrakt, Über die Behandlung der (Méneau) 452; — (Squire) 458; — (Jones) 458.
Psorospermosis 79.
— cutis (Ravogli) 81.
— follicularis Darier (Marianelli) 40.
— vegetans 76.
—, Beitrag zum Studium der (Hartzell) 692.
Puerperales Erythem, Scharlachfieber vortäuschend (Bodilly) 567.
Purpura haemorrhagica (Antony) 161.
— myelopathica infektiösen Ursprunges 161.
— und Streptokokkenerythem (Widal und Thérèse) 161.

Purpuraexanthem, Infektiöses (Lebreton) 161.
Pustula maligna (Davezac) 112; — (Peroneito) 112; — (Proust) 112.
Pyelitis, Über kryptogenetische Cystitis und (Posner) 494.
— calculosa mit völliger Anurie (Carbot) 524.
Pyelonephritis, Hypospadia cum phimosi (Horváth) 526.
Pyelonephrose nach Urethralstriktur (Verhoogen) 528.
Pyodermitis parascabiosa 505.

Quaddeln, Bläuliche (Kroug) 547.
Quecksilber und Jodpräparate, Über Angewöhnung an (Wickham) 44.
— auf den Verlauf der Syphilis, Über Wirkung der frühzeitigen inneren (Jullien) 91.
— auf das papulöse Syphilid, Über den Einfluſs des (Unna) 383. 516.
— bei Chinesen und Japanern, Über Syphilis im Altertum und deren Behandlung mit (Ashmead) 651.
— salicylat-Injektionen bei Syphilisbehandlung (Lindén) 33.
— Salicylat-Injektionen auf den Austausch und die Assimilation der stickstoffhaltigen Körper bei Syphilitikern in quantitativer und qualitativer Beziehung, Über den Einfluſs der interstitiellen (Froloff) 63.
Quecksilberbehandlung der Syphilis, Die hypodermatische (White) 212.
—, Über Todesfälle nach (Lewin) 376.
Quecksilbereinreibungen, Rotz bei Menschen und seine Behandlung mit (Gralewski) 64.
Quecksilbergaben, Die frühzeitige Behandlung der Syphilis mit starken (Jullien) 451.
Quecksilberinjektionen geheilt, Fall von Haemoglobinuria paroxysmalis durch (Köster) 115.
—, Zur Syphilisbehandlung mittelst subkutaner (Augagneur) 445.
Quecksilberkuren bei temporär abgelaufener Syphilis, Über die Wirkungen von (Watraszewski) 92. 553.
Quecksilbervergiftung 57.
Quetschung, Groſse Ekchymosen nach (Variot) 160.

Rachenpolyp, von der seitlichen Rachenwand ausgehend, Behaarter (Avellis) 521.
Raynaudsche Krankheit 107.
— Fälle von (Morton) 381; — (Monro) 565.
Raynaudsche Krankheit infolge von chronischer Schrumpfniere (Morton) 637.
Regeneration und Schwund des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen (Passarge und Krösing) E.-H.
Reinfektion, Beitrag zur Kasuistik der syphilitischen (Fisichella) 453.
—, Syphilitische (Eichhorst) 656; — (Schirren) 683.
Rektale Untersuchung bei Sexualleiden (Brinley) 695.
Resorbin und seine Verwendung als Salbengrundlage (Ledermann) 65; — (Hahn) 71.
Resorptionsfähigkeit der Haut für Lösungen von Jodoform und Kreosot in Vasogen (Dahmen) 562.
Reflexneurosen, Urethrale und genitale (Lydston) 525.
Retentio urinae durch Bleiwasserinjektionen in die Harnröhre (Liaras) 706.
Rhachitis haemorrhagica 501.
Rhagaden 62. 289.
Rheumatismus, Erythema multiforme bei akutem muskulo-artikulären (Buongiovanni) 159.
— blennorrhoicus (Richardière) 710; (Chiasso und Jsnardi) 710.
Rhinoplastik, Acne rosacea durch Ablatio nasi und (Delie) 113.
Rhinophyma, Zur operativen Behandlung des (Kromayer) 686.
Rhinosklerom 591; — (Neumann) 492; — (Kaposi) 492.
Riesenzellen etwas ähnlich sind, Lepraerythem mit riesenzellenähnlichen Gebilden, welche den bei Tuberkulose gefundenen (Montgomery) 648.
Röteln, s. Rubeola.
Rosacea 107. 347.
Rotz 325.
— bei Menschen und seine Behandlung mit Quecksilbereinreibungen (Gralewski) 64.
—, Fall von (Langerhans) 661.
Rostflecken, Entfernung von 276.
Rubeola 489; — (Tobeitz) 316.
—, Zur Symptomatologie der (Wilischanin) 166.
—, Über (Meredith) 576.
—, Masern unmittelbar nach (Theodor) 576.
Rund- und Spindelzellensarkom 150.
Rupia 314.
— in Kokardenform (Lewin) 374.

Salbengrundlage, Das Resorbin und seine Verwendung als (Ledermann) 65.
Salicylexanthem, Ein Fall von (Beier) 259.

Samenbläschen abhängiger Harnröhrentripper, Anhaltender, vielfach von subakuter oder chronischer Entzündung der (Fuller) 379.
—, Über die Physiologie der (Lode) 500.
— nach Blennorrhoe, Chronische entzündliche Erkrankung der (Parkin) 532.
Sandelholzöl, Ausschlag infolge Gebrauchs von (Morton) 333.
Sarkoma 233. 313. 548. 593.
— idiopathicum multiplex pigmentosum-Kaposi 32. 86.
— beizumessende Bedeutung und dessen Nomenklatur, die dem primitiven, idiopathischen, multiplen 86.
— des Gehirns, Fall von erythematös-tuberkulös-krustösem Syphilid des Gesichts, kompliciert mit angiolithischem (Petrini) 269.
— der Haut auf eine sekundäre Eruption derselben, Über einige Transplantationen mit Gewebe des sogenannten primären idiopathischen (Magliano) 454.
Sarkomatöse Gewebe, Über parasitäre Zelleinschlüsse in (Pawlowsky) 577.
Sarkomatosis cutis, Über die sogenannte (Spiegler) 31.
Scabies 67. 88. 157. 312. 376. 448. 452. 505; (Kaposi) 493; — (Jawett) 550.
Scarlatina 245. 316. 328. 489. 574.
— und Lymphangitis durch Streptokokkeninfektion bedingt, Erysipel als (Bergé) 114.
—, Über die Pathogenese der (Ricochon) 165.
—, Über fieberlosen (Fiessinger) 165.
—, Komplikationen der (Jaccond) 166.
— mit Rückfall am 17. Tage (Johnston) 166.
— mit Recidiv nach kurzer Zeit (Doidge) 166.
—, Wirkung kalter Bäder bei maligner (Juhel-Rénoy) 166.
—, Puerperales Erythem vortäuschend (Bodilly) 567.
— und Diphtherie, Hautausschläge infolge von Septikämie nach (Manning) 574.
Scarlatinöses Virus, Die Mandeln als Eingangspforte für das (Dowsen) 165.
Schamlippen mit einem Herpes progenitalis, Ödem der grofsen (Lewin) 374.
Schankerbubo, nebst Untersuchungen über das Ulcus molle, Beiträge zur Ätiologie des (Spietschka) 255.
Scharlach s. Scarlatina.
Scharlacherytheme. E.-H. 9.
Scheidenhaut des Hodens und des Samenstranges, Über einen Tumor der (Karewski) 313.
Scheidensarkom des Hodens (Adler) 313.
Schilddrüse, s Thyreoidea.
Schilddrüsenaffektion 132.
—, Syphilitische und tuberkulöse 548.
Schimmelerkrankungen der Haut und über deren Ursache, Über die tieferen eiternden (Rosenbach) 559.
Schleimhaut, Behandlung der Harnröhrendefekte durch Transplantation von (Sapiejko) 506.
Schleimhäute, Über die Beziehungen des Ekzems zu den (von Sehlen) 15.
Schleimhautgeschwüre, Über aphthöse (Neumann) 429.
Schmerz- und Drucksinn, Über den (v. Frey) 496.
Schmierkur, Über die Behandlung tertiärer Syphilis mit der (Williams) 62.
—, Die Technik der (Brocq) 517.
Schnittwunden der menschlichen Haut, Über die Heilung aseptischer (Busse) 568.
Schrumpfniere, Raynaudsche Krankheit infolge von chronischer (Morton) 637.
Schwellung des linken Hand- und Sternoklavikulargelenks, Sehr schmerzhafte (Neisser) 545.
Schweifs, Gegen (Olszewski) 224.
— als vikariierende Menstruation (Gillet) 224.
Schweifsfufs und Plattfufs (v. Lesser) 224.
— mit einem von mir konstruierten Schuh, Behandlung der (Thomalla) 224.
Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen (Passarge und Krösing) E.-H.
Seborrhoea 107. 345. 364; — sicca 66; — (Beatty) 331.
— capitis (Morton) 637.
— psoriasiformis, Ein Fall von (Stirling) 458.
Seborrhoisches Ekzem s. Eccema seborrhoicum.
Sepsis, Über Acne simplex syphilitica und deren Beziehungen zur (Burlando) 453.
Septikämie nach Scharlach und Diphtherie, Hautausschläge infolge von (Manning) 574.
Septikopyämische Erkrankungen, Eigenartig verlaufene (Fränkel) 700.
Septischer Zustand der Haut nach der Desinfektion (Farina) 561.
Serumtherapie der Diphtheritis 501.
Sexualsystem, Rektale Untersuchung bei Krankheiten des (Brinley) 695.
Silbernitrat auf die Elemente des Nervensystems, Zur Lehre von der Wirkung des (Fischel) 42.
Skarifikation und Elektrolyse, Die Behandlung der Naevi vasculares mit (Bayet) 261.
Skarifikator, eine neue Form des (Kozerski) 564.
Skin Shedding (Blanc) 699.

Sklerodermie 107. 123. 427. 455. 690. E.-H. 61.
—, Klinische, histologische und bakteriologische Untersuchungen bei (Oro) 90.
— und deren Behandlung (Rocher) 584.
— bei Myelitis dorsalis (Schultze) 584.
Skorbut 448.
Skrophuloderma 32. 542.
Sommereruption, Hydroa vacciniformis Bazin, Hutchinsons (Bowen) 103.
Sonden mittelst Wasserdampf, Ein tragbarer Apparat für Sterilisation von (Duchatelet) 507.
Sperminum-Pöhl in chemischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung (Bubis) 385.
Spina bifida occulta mit lokaler Hypertrichosis, Zur Kasuistik der (Joachimsthal) 521.
Spinale Alterationen 264.
Spinalparalyse, Übersyphilitische (Oppenheim) 275.
Spindelzellensarkom 150.
Spongioplasma 228. 277.
Spontanes Keloid (Ohmann-Dumesnil) 579.
Sporozoa 76.
Steinkohlenteer, Zur Behandlung mit (Leistikow) 422.
Steifsgeschwulst, Eine kongenitale, übermannsfaustgrofse (Hofmokl) 209.
Sterilität der Ehe, Zur Behandlung der (Seligmann) 339.
Stirnbein, Syphilitische Exostose des (Brown) 145.
Stomatitis und deren Behandlung (Boennecken) 463.
— und zoonotische Dermatose (Scheyer) 685.
Streptokokkenerythem und Purpura (Widal und Thérèse) 161.
Streptokokkeninfektion bedingt, Erysipel als Scarlatina und Lymphangitis durch (Bergé) 114.
Striae E.-H. 14.
— distensae cutis 396.
Strictura 219.
— syphilitica des Rectums, Über die sogenannte (Carré) 272.
Strophulus 560. 573.
Sublimat gegen Syphilis (Horowitz) 63; — (Blaschko) 377.
—, Intravenöse Injektionen von (Lewin) 205; — (Loehr) 314; — (Blaschko) 431.
Sublimatinjektionen bei der Syphilistherapie, Die endovenösen (Maragliano, (Colombini, Niedder) 518.
—, Syphilisbehandlung mittelst hoch dosierter (Müller) 683.
Sykosis 312. 484. 622.
— vulgaris 376.
— parasitaria 73.
Sykosis von Vögeln herrührend (Sabouraud) 249.
Synovitis blennorrhagica suppurativa (Tollemer und Macaigne) 710.
Syphilid 69. 95. 446. 684.
—, Gummöses 447.
— mit bemerkenswertem klinischen und und anatomischen Befund (Jadassohn), 658.
— der Haut, Ein seltenes (Jadassohn) 678.
—, Fall von miliarem, papulösem (Fordyce) 680.
—, Über Nomenklatur der (Petersen) 90.
—, Papulöses 139. 215. 373. E.-H. 64.
— der Kinder, Pityriasis versicolor mit dem Aussehen eines (Fournier und Sabouraud) 249.
—, Ulceröses 264.
—, Über diphtheroide (Hudelo und Bourges) 269.
— des Gesichts, kompliciert mit angiolithischem Sarkom des Gehirns, Erythematös-tuberkulös-krustöses (Petrini) 269.
—, Differential-Diagnose zwischen syphiloidem Lupus und lupusähnlichem (Fournier) 270.
—, Klein papulöses (Petrini) 270.
— der Unterlippe, Gummöses, ulceriertes (Petrini) 270.
—, Infantiles 343.
—, Über den Einfluss des Quecksilbers auf das papulöse (Unna) 383. 516.
Syphilis 29. 35. 56. 81. 89. 122. 132. 151. 159. 204. 205. 208. 252. 276. 319. 325. 330. 355. 358. 373. 376. 383. 385. 395. 410. 433. 444. 448. 454. 455. 495. 507. 525. 537. 549. 571. 593. 647. 684.
—, Über einen Fall von (Hicguet) 268; — (Lewin) 374.
—, Drei ziemlich seltene Fälle von (Pellizzari) 634.
—, Interessanter Fall von (Popescú) 657.
— acquisita der Kindheit (Bayet) 379.
—, Cerebrospinale (Pick) 53.
— d'emblée (Verchère) 84.
— erythematosa circinata (Etienne) 269.
—, Gummöse 264. 385.
— haemorrhagica neonatorum (Conroy) 659.
—, Über latente und occulente (Colombini) 268.
— maligna, Ein 24jähriger Mann mit (Arning) 315.
— maligna mit tödlichem Ausgange (Roussel) 658.
—, Zur Ätiologie der (Moreira) 658.
— maligna praecox (Gaston) 95.
— praecox 139; — praecox gravis (Fournier) 272.
— serpiginosa (Pick) 30.
—, in situ recidivierende (Delansorne) 269.

Syphilis, Schwere (Loehr) 314.
— der Eingeweide (Stanziale) 92.
— der Familien (Spillmann und Etienne) 449.
— des Gehirns 125. 385; — Über (Hale-White) 274; — und Diabetes (Ozenne) 451; —, Fall von (Brousse) 52; — mit Einspritzungen von Oleum cinereum, Behandlung der (Sacaze u. Magnol) 274.
— bei Kindern, Kongenitale (Francis) 556.
— der Knochen bei Kindern (Renard) 271.
— der oberen Luftwege (Bryon) 660; — (Gerber) 681.
— der Lungen 271; — (Rendu) 661.
— leidenden Mannes und dabei einzuschlagende Maßnahmen, Schwangerschaft der Frau eines an (Diday) 514.
— der Medulla, besonders vom klinischen Standpunkt (Marie) 54.
— der Nase 682; — (Rosenberg) 544.
— des Nervensystems 385.
— der Nieren 321; — (Grandmaison) 273; — der Nieren, Kongenitale, fötale (Massolongo) 93.
— des Pharynx (Cautaz) 659; — des Rachens 551.
— der Parotis und der Glandula sublingualis (Neumann) 551.
— des Rückenmarks (Goldflam) 54; — (Gerhardt) 54.
— der Unschuldigen (Bulkley) 262.
—, Atiologische Beziehungen der (Schütz) 651; — (Hofmann) 652.
— im alten Amerika, Ursprung der (Ashmead) 692.
— im Altertum und deren Behandlung mit Quecksilber bei Chinesen und Japanern (Ashmead) 651.
— und allgemeine Paralyse (Fournier) 58.
— zur allgemeinen progressiven Paralyse, Beziehungen der (Petersen) 275.
— und Aphasie (Jolly) 438.
— und ihre Bedeutung in Bezug auf Diagnose und Therapie, Über die Blutveränderungen bei (Justus) 269.
—, Blennorrhoe und Hautkrankheiten (Winternitz) 263.
— als Degenerationsursache (Féré) 653.
—, Epilepsie und Tabes (Blocq) 58.
— mit Fieber, hysterischen Symptomen und Rippenfraktur, Ein Fall von schwerer (Raynaud) 268.
—, Gewisse Gesichtspunkte zur Sicherstellung der Diagnose auf (Nicoll) 655.
— und Hautkrankheiten, Therapeutische Neuigkeiten auf dem Gebiete der (Jessner) 42.
— im 18. Jahrhundert (Buret) 451.
—, Über Infektion von Kostkindern und Kostfrauen mit (Loos) 546.
— von der Infektionsquelle, Über die Abhängigkeit des Verlaufes der (Halpern) 257.
— in Italien seit Bestehen der Sanitätsreglements. Verbreitung der (Titomanlio) 90.
— kompliciert mit Diabetes insipidus (Jullien) 90.
— und Lichen-Fällen, Demonstration von (Neumann) 29.
—, Nekrose des Oberkiefers infolge von (Combe) 272.
— infolge von Tättowieren (Le Boutillier) 635.
— und Tuberkulose, Ein Fall zur Differential-Diagnose zwischen (Morrow) 147; — (Rendu) 655; — der Lungen (Potain) 271.
— zu physiologischen und pathologischen Zuständen, Über die Beziehungen der (Neumann) 654.
— oder Pian (Wickham) 95.
—, Ein Fall von Übertragung der (Accarain) 267.
—, Über eine seltene Übertragung der (Senger) 211.
—, und unbeachtete Syphilis, Latente (Colombini) 653.
—, Untersuchungen über den Patellarreflex, insbesondere bei (Marx) 212.
—, Über Verwachsungen und Verengerungen im Pharynx und im Larynx infolge von (Heymann) 498.
—, von dem Vorhandensein eines polymorphen Mikrobions bei der (Golasz) 153.
—, Ein Zungengengeschwür als Späterscheinung sekundärer (Jullien) 153.
Syphilis hereditaria 260. 268. 498. 548. 653.
— in der zweiten Generation (Etiennes) 151.
—, Zur Kasuistik der (Tobeitz) 513.
—, Mitbetheiligung des Hodens bei (Taylor) 514.
— mit nasopharyngealen Affektionen, Ein Fall von später (Klinedinst) 59.
— der Neugeborenen (Fournier) 513.
— bei Neugeborenen und seine Behandlung, Ein frühzeitiges Symptom von (Carini) 513.
—, Periostitis der Orbita bei (Trousseau) 143.
—, Die Symptomatologie der (Longfellow) 59.
— tarda, Vorlesungen über (Fournier) 639; — Über Sklerose des Mittelohres als parasyphilitische Affektion bei der (Gradenigo) 494.
Syphilis tertiaria 122.
—, Fälle von Elephantiasis in Verbindung mit (Francis) 555.
— der Mamma (Molinié und Escande) 273.

Syphilis tertiaria, Gelenkaffektionen im Verlaufe von (Hjelmann) 51.
— der Nasenhöhlen, Über die Eiterungen im Gefolge von (Hallopeau und Jeanselme) 261.
—, Perforation des harten Gaumens, Jodakne (Neisser) 545.
Syphilisbehandlung, Aphoristische Bemerkungen zur (Lang) 515.
—, Über (Lesser) 514.
—, Zur (Vollert) 61.
—, Die abortive 60.
— mit intravenösen Sublimat und Blutseruminjektionen (Scarenzio) 63.
—, Über die Erfolge intravenöser Sublimatinjektionen bei (Loehr) 314.
— mit subkutanen Injektionen von Quecksilbersalicylat (Lindén) 33.
— von Quecksilber (Augagneur) 445.
— von hohen Dosen Sublimat (Horowitz) 63.
— mit starken Quecksilbergaben, Die frühzeitige (Jullien) 451.
—der konstitutionellen(Shaw-Mackenzie) 62.
—, Eine neue (van Dort) 61.
— mit Resorbinquecksilber 69. 73.
— mit Quecksilber, Die hypodermatische (White) 212.
— mit der Schmierkur (Williams) 62.
— der sekundären (Fournier) 62.
—? In welchem Stadium soll begonnen werden mit der allgemeinen (Havas) 59.
— und insbesondere über den geeigneten Moment für den Beginn der Allgemeinbehandlung 91.
—, Beitrag zum Studium der funktionellen Magenstörungen bei (de Tullio) 661.
— geführt werden? Wie lange Zeit hindurch soll die (Kaposi) 515.
—, Einige gewöhnliche Mifsgriffe bei der (Fox) 636.
— auf das Nervensystem, Der Einfluſs der frühzeitigen (Deutsch) 319.
—, besonders derjenigen der Fossae nasales, Neue (Dazzeus) 64.
— der Neugeborenen (Périer) 260; — (Carini) 513.
— und Prophylaxe beschaffen sein muſs, Wie die (Mauriac) 515.
—, Die endovenösen Sublimatinjektionen bei der (Maragliano, Colombini Niedder) 518.
— mittelst hochdosierter Injektionen von Sublimat (Müller) 683.
—, Wirkungen von Quecksilberkuren bei temporär abgelaufener (Watraszewski) 92. 553.
—, Über Wirkung der frühzeitigen, inneren Quecksilberbehandlung auf den Verlauf der (Jullien) 91.
Syphilitischer Bubonulus (Jadassohn) 677.
— Acne simplex und deren Beziehungen zur Sepsis (Burlando) 453.
— Arteriitis mit raschem, tödlichen Ausgang (Laveran) 51.
— Ataxia (Gamberini) 507.
— Ausschlag 140.
— Ecthyma (Jarisch) 434.
— Epilepsie (Kowalewsky) 512.
— Erkrankungen, Eine neue Behandlungsmethode bei verspäteten (Peroni) 266.
— Erkrankung, Vollständige Zerstörung des Naseninnern durch (Dunn) 660.
— Exostose des Stirnbeines (Brown) 145.
— Geisteskrankheiten (Newth) 52.
— Geschwür 151.
— Geschwüren, Atresie des Cervikalkanals infolge von (Barnum) 51.
— Glossitis in Form von Leukoplasia lenticularis (Mendel) 249.
— Gummata der Larynxmuskeln (Elsenberg) 554.
— Hautaffektionen, Therapeutische und hygienische Resultate der Spital- und ambulanten Behandlung von Kranken mit venerischen und (Azua) 384.
— Hemiparaplegie (Armstrong) 57.
— Imprägnation; Syphilis d'emblée (Verchère) 84.
— Infektion, Über extragenitale (Petersen) 656; — bei einem 30jährigen Manne; Iritis; Heilung (Cohn) 215; — doppelte (Servin) 267; — infolge eines Schlages auf die Nase, Zufällige (Healey) 267.
— Inokulation, Seltsame Methoden (Judkins) 656.
— Kephalea, Zur Behandlung der (Augagneur) 514.
— Laryngitis tertiana (Mendel) 95.
— Larynxstenose (Rosenberg) 544.
— Lupus und lupusähnliches Syphilid, Differential-Diagnose zwischen (Fournier) 270.
— Meningo-Encephalitis bei einem Kinde von fünf Jahren (Mousous) 53.
— Meningomyelitis, Fall von (Nobl) 274.
— Neurose des Larynx 660.
— Nierenaffektionen 321.
— Pemphigus 140.
— Plasmom 383.
— Pleuritiden über (Rochon) 271; — (Raynaud) 152. 660; — im späteren Stadium, Über (Brousse) 447.
— Pseudo-Paralysis (Ferreira) 59.
— Pseudogummata der Haut (Petrini) 270.
— Psoriasis (Morton) 638.
— Reinfektion 656; — (Eichhorst) 656; — (Milligan) 267; — (Schirren)

683; — Beitrag zur Kasuistik der (Fisichella) 453.
— Spinalparalyse (Oppenheim) 275; — (Erb) und verwandte Krankheitsformen (Kuh) 56.
— Strictura des Rectums, Über die sogenannte (Carré) 272.
— Tonsillitis 660.
— und tuberkulös erkrankte Lunge (Rindfleisch) 495.
— und tuberkulöse Haut- und Schleimhautaffektionen 543.
— Tumor am Bein, welcher als melanotisches Sarkom diagnosticiert worden war (Mosher) 637.
— Ulceration des Gesichts, wie Lupus erythematosus lokalisiert (Winfield) 638.
— Ursprungs, Fall von Diabetes insipidus und Myxoedema (Pospelow) 125.
— Morbus Brightii (Elsenberg) 321.
— Ulcus ventriculi (Zavadski) 272.
— Veränderungen der Hirnarterien, Histologische Untersuchungen über die (Stanziale) 52. 92.
— Verwachsungen in dem oberen Luftwege (Heymann) 543.
Syphilisation ohne Schanker (Verchère) 451.
Syphilisbacillus, Polymorpher (Golasz) 651.
Syphilisfälle, Einige seltenere in Busko (Kochsalzschwefelquellen in Russisch-Polen) während der Kursaison 1893 behandelte (Dymnickl) 657.
— malignen Charakters (Neumann) 491.
— mit Icterus (Neumann) 492.
Syphilisgift, Versuche zur Abschwächung des (Pellizzari) 92.
Syphilisimpfung beim Menschen, Eine experimentelle (Prengrueber) 267.
Syphilitiker in quantitativer und qualitativer Beziehung, Über den Einfluſs der interstitiellen Quecksilber-Salicylat-Injektionen auf den Austausch und die Assimilation der stickstoffhaltigen Körper bei (Froloff) 63.
—, Zur Frage über die allgemeine progressive Paralyse der Irren und ihre Behandlung bei den (Platonnow) 275.
—, Progressive Muskelatrophie bei (Raymond) 270.
—, Zur Wundbehandlung bei (Krauss) 64.
Syphiloderma milio-papulosum 79.
Syphilome der Nasenhöhle, Beitrag zur Kenntnis der Eiterungen bei tertiären (Hallopeau und Jeanselme) 81.
—, kompliciert mit Glykosurie, Fall von cerebralem (Ozenne) 89.
Syringo-Cystadenome 319. 375.
Syringomyelie 48. 165. 663.
Systematisierungsversuche in der Dermatologie, Über die modernen (Kaposi) 555.

Tabes 56. 59. 652.
—, Epilepsie und Syphilis (Blocq) 58.
— dorsalis, Bemerkungen zur Behandlung der (Schuster) 684.
— locomotrice 507.
Tabesfälle mit blutiger Nervendehnung behandelt (Benedikt) 489.
Tättowierungen durch Elektrolyse, Entfernung von (Heller) 375.
—, Syphilis infolge von (le Boutillier) 635.
— der Prostituierten 413.
—, Erfolgreiche Entfernung von (Nelson) 518.
— oder Dyschromasia traumatica, Zwei Fälle von (Spengler) 518.
Tananariva, Ein ärztlicher Bericht aus (Suzon) 35.
Teerpräparat, Ein neues (Fischel) 189.
Telangiektasie von ungewöhnlicher Entwickelung (Morrow) 146.
Testikel, Eine bösartige Mischgeschwulst des (Taylor) 679.
—, Fall von gemischter bösartiger Neubildung im (Taylor) 691.
—, Ein Fall von künstlichem (Guiteras) 635.
Therapeutische Neuigkeiten auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und Syphilis (Jessner) 42.
— Versuche, Neuere (Schiff) 440.
Thioform, Neues über (Hoffmann) 388.
—, Über Anwendung des (Schmidt) 389.
Thoraxwand, Lokale Ödeme der 566.
Thyreoidbehandlung bei Myxödem und bei Hautkrankheiten (Davies) 588.
Thyreoidea bei Myxödem, innerlich dargereichte (Laache) 393.
—, Myxödem und Akrogemalie, behandelt mit der (Putnam) 394.
— und Basedowsche Krankheit (Eulenburg) 437.
—, Behandlung der Struma mittelst (Bruns) 436.
—, Behandlung der Hautkrankheiten mit (Phillipps) 221; — (Bramwell) 386. 447.
Thyreoidextrakt, Über die Behandlung der Psoriasis mit innerlicher Anwendung von (Méneau) 452; — (Squire) 458; — (Jones) 458.
— bei Lupusbehandlung (Bramwell) 651.
—, Glykosurie infolge Gebrauchs von 393.
—, Myxödem, behandelt mit (Adam) 393; — (Schotten) 585.
Thyreoidin 587.
Thyreoidininjektion und Fütterung erfolg-

reich behandelter Fall von Myxoedema operativum, Ein mittelst (Leichtenstern) 586.
Thyreoidintabletten bei Myxödembehandlung (Raven) 587.
Tinctura lithanthracis 423.
Todesfälle nach. Quecksilberbehandlung (Lewin) 376.
Tonsilla Ulcus 140.
Tonsille, Primäraffekt der (Rosenberg) 544.
Torsion des Hodens, Über (Lauenstein) 28.
Toxicität des Urins in einigen Fällen von Anämie (Picchini und Conti) 338.
Toxine auf die Urinsekretion, Wirkung der pyrogenen (Charrin) 44.
Transplantationen 120. 124. 440.
— mit Gewebe des sogenannten primären idiopathischen Sarkoms der Haut auf eine sekundäre Eruption derselben, Über einige (Magliano) 454.
— von Schleimhaut, Behandlung der Harnröhrendefekte durch (Sabiejko) 506.
— von ungestielten Hautlappen (Braem) 562.
— tierischer Haut und Schleimhaut auf menschliche Wunden, über die (Lortail) 562.
—, Zur Frage der Narbenkontraktion bei (Meyer) 562.
Traumatische Urethralstrikturen, Die operativen Indikationen bei (Legueu und Cestau) 528.
Trichiasis, Kongenitale (Stephenson) 522.
Tricho-Epithelioma papulosum multiplex 318.
Trichomykosis nodularis (Majocchi) 93.
Trichophytia 39. 100. 157. 416. 423. 429. 679; — im Asyl Lambrechts, eine Epidemie von (Wickham) 449; — blepharociliaris [Blepharitis trichophytica] (Mibelli) 615.
— ectothrix 642.
— endothrix 641.
— humaines, Les (Sabouraud) 640.
—, Über Behandlung des (Eddowes) 81.
—, Zur Behandlung des Endstadiums des (Wickham) 141.
— mit dem ameisensauren Aldehyd, Die Behandlung des (Potterin) 248.
—, Über Verbreitung und Behandlung des (Althausen) 459.
Trichophyton tonsurans, Über das (Marianelli) 459.
Trichorrhexis des Kopfhaares der Konstantinopeler Frauen (Hodara) 173.
Trichotillomanie, Über einen weiteren Fall von (Hallopeau) 94.
Tripper s. Blennorrhoe.
Trophische Störungen der Fingerspitzen (Catrin) 157.
Tuberculа dolorosa 533.
Tuberkelbacillen 325.
— mit hämorrhagischen Mikrobien, Über die bakterielle Association der (Babes) 49.
Tuberkulinbehandlung bei Lupus (Carruccio) 93. 219.
Tuberkulosis 30. 33. 61. 122. 180. 219. 328. 340. 346. 383. 392. 455. 489. 495. 497. 593. 646; — (Klotz) 27; — (Jadassohn) 679.
— verrucosa cutis, Ein Fall von (Winfield) 444.
— des Anus, Seltener Fall von (Kramer) 511; — Beitrag zum Studium der (Hartmann) 511.
—, Bepinselungen der Haut mit Guajakol bei (Sciolla) 266.
—, Beziehungen der Genitaltuberkulose beim Manne zu den übrigen Äufserungen der (Villard) 524.
—, Zur Differentialdiagnose zwischen Syphilis und (Rendu) 655; — (Morrow) 147.
— und Erysipel (Nannotti) 114.
— der Genitalien des Weibes, Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der primären (Frankenburger) 339.
—, Über Hauterytheme im Verlaufe der (Bayet) 450.
— und Herpes zoster (Rendu) 572.
— ex influenza (Huchard) 572.
— der Hoden (Morton) 445.
— und Epididymitis gummosa des Nebenhodens (Fränkel) 29.
— der Lungen und Syphilis (Potain) 271.
— der Nasenschleimhaut (Herzog) 649.
—, Die Pocken bei (Richardière) 167.
— der Prostata (Vaughan) 635.
— gefundenen Riesenzellen etwas ähnlich sind, Lepraerythem mit Riesenzellen ähnlichen Gebilden, welche den bei (Montgomery) 648.
Tuberkulöse Affektionen 543.
— Flächen-Syphilide 95.
— Geschwür am Ureter (Meyer) 634.
— Hautkrankheiten, Über die Unterbrechungen bei (Hallopeau) 49.
— Herde, Über Lupus im Anschlufs an Operationen (Bayet) 36.
— Lupus superficialis (Dubreuilh) 650.
— Hoden mit zugehörigem Samenstrang nebst Samenblase (Schede) 29.
— und luetisch erkrankte Lunge (Rindfleisch) 495.
— Ulceration vom Knochen (Häufigkeit und Dunkelheit dieses Ursprungs bei den lupoiden Affektionen der Extremitäten), Über den Ausgang gewisser, scheinbar ausschliefslich auf der Haut sich abspielender (Adenot) 510.

Tumoren in bösartige, Umwandlung gutartiger (Snow) 576.
— cruralis congenitus mit maligner Degeneration und Metastasenbildung (Funk) 577.
—, Kritische Bemerkungen über das Wesen der (Török) 580.
—, Fall von multiplen (Spiegler) 62.
— der Scheidenhaut des Hodens und des Samenstranges, Über einen (Karewski) 313.
—, Über die Umbildung der Naevi in maligne (Respighi) 507.
Tylosis E.-H. 61.
— Kongenitale (Sherwell) 549.

Ulcus 140. 212. 267. 385.
— tuberculosa laryngis 322.
— cruris 385. 389. 542.
— gummosum penis 139.
— induratum, Lymphdrüseneiterungen in den Leisten nach (Bossart) 268.
Ulcus molle 43. 89. 136. 144. 454. 543. E.-H. 94.
—, Adenitis der mittleren Regio suprapubica nach (Molinié) 111; — der balano-präputialen Schleimhaut, Histologischer Vergleich zwischen der Balanoposthitis ulcerativa und dem (Marianelli) 40.
—, Die Natur des (Finger) 87.
—, Beitrag zur Bakteriologie des (Cheinisse) 151.
—, Beiträge zur Ätiologie des Schankerbubo nebst Untersuchungen über das (Spietschka) 255.
— und venerischer Bubo zu den Jahreszeiten, Über die Beziehungen des (Colombini) 453.
Ulcus rodens 318.
— elevatum des Gesichts (Montgomery) 659.
— sycosiforme E.-H. 60.
— ventriculi syphilitischen Ursprungs (Zavadski) 272.
— an der unteren Fläche des Penis 139.
Ulceration 43. 92. 207. 250. 389. 430.
— Naevus der Vulva mit (Allen) 144.
—, Tuberculöse 511.
—, Verruköse 444.
— eines Gumma, Oberflächliche (Halpern) 659.
Ulceriertes Syphilid der Unterlippe (Petrini) 270.
Ulceröses Syphilid 264.
Ulerythema centrifugum 76. 122. 141. 365. 650. 663; — (Sherwell) 550; — (Gaucher) 583.
— und Gumma skrophulo-tuberculosum (Leredde) 143.
— acneiforme 350.
Ulerythema centrifugum, Über das (Buri) 345.
— sycosiforme 123. 251. 350.
Unguis incarnatus und andere Erkrankungen der Nägel (Park) 569.
— Cottings Operation nebst Thierscher Hauttransplantation am zweiten Tage. Vollständige Heilung in acht Tagen (Tousey) 569.
Unnasche Dermatose [Eccema seborrhoicum] (Audry) 505.
Ureter, Verstopfung durch einen Stein (Cabot) 522.
—, Anatomie und Chirurgie des (Cabot) 522.
—, Beiträge zur Chirurgie des (Modlinski) 688.
— beim Weibe, Der Katheterismus des (Kelly) 338.
—, Ulcus tuberculosum des (Meyer) 634.
Urethra, Ein Fall von Verletzung der (Thomann) 528.
— durchdringen, Wie rasch kann der Gonococcus Neisser das Epithel der (Crippa) 530.
—, Erleichterung des Urinierens bei künstlicher suprapubikaler (Lydston) 692.
—, Entstehung von Mifsbildungen der (Reichel) 705.
Urethrale und genitale Reflexneurosen (Lydston) 525.
Urethralirrigationen, Demonstration einer doppelläufigen Kanüle von Dr. G. Vanghetti zu (Mibelli) 283.
Urethralneuralgie und Hyperästhesie (Lydston) 525.
Urethralstein, Ein seltener Fall eines (Mariasches) 527.
Urethralstriktur, Weite (Albarran) 705.
— beim Weibe (Loubeau) 705.
—, Über zwei Fälle von narbiger (Loumeau) 528.
— der hinteren Harnröhre, Behandlung der (White) 692.
—, Die operativen Indikationen bei traumatischen (Legueu und Cestan) 528.
— mit Pyelonephrose (Verhoogen) 528.
—, Behandlung der (White) 692; — mit Elektrolyse (Fort) 704; — mit retrogradem Katheterismus (Sonnenburg) 705.
Urethritis 23. 381. 557.
—, Akute 149.
— anterior 687.
— blennorrhoica 387; — mittelst Ausspülungen mit Kalium permanganicum, Über die Behandlung der (Mibelli) 283.
—, Bemerkungen über chronische 149.
— chronica und Verengerungen (Wassermann und Hallé) 218.

Urethritis desquamativa membranacea (Battle) 532.
— posterior 284.
— posterior bei der akuten Blennorrhoe, Über die Häufigkeit und Zeit des Auftretens der (Lanz) 34.
— und Bartholinitis, Der Gonococcus Neisser, sein Vorkommen bei (Hasse) 530.
—, Beiträge zur abortiven Behandlung der blennorrhoischen (Feleki) 688.
Urethroskopie (mit Demonstration) über die Grenzen und den Wert der (Casper) 314.
Urin, Cylindroide oder sogenannte Mucinfäden im (Manges) 115.
—, in einigen Fällen von Anämie, Die Toxicität des (Picchini und Conti) 338.
—, Erfahrungen über den Wert der meistgebrauchten Proben für den Nachweis von Zucker im (Jolles) 499.
— und Geschlechtsorgane, Über die durch Influenza hervorgerufenen Komplikationen in den (Lamarque) 556.
— und Geschlechtsorgane, Abhandlungen über Chirurgie der (Cabot) 522.
Urinsekretion, Wirkung der pyrogenen Toxine auf die (Charrin) 44.
Urticaria 12. 79. 107. 206. 312. 316. 496. 560. 573.
— chronica 387. 548.
— factitia 30. 547.
— haemorrhagica 37.
— papulosa 79.
— perstans 30.
— pigmentosa (Joseph) 203; — (Bronson) 547; — (Elliot) 548.
—, Riesen- 38.
—, Sehr chronische 38.
—, mit bleibenden Veränderungen, Verschiedene Formen von (Crocker) 78.
—, Über das Wesen der (Mackenzie) 37.
Uterine und periuterine Erkrankungen, Hygiene und Prophylaxe der (Pichevin) 260.

Vaccination und Nephritis (Falkenheim) 493.
Vaccinationsexanthem 264.
Vaccine, Bericht über die im Jahre 1892 erschienenen Schriften über die (Voigt) 169.
—, Zwei Fälle von allgemeiner (Fox) 169.
— -Impfung und Exanthem (Nicolle und Thiercellin) 169.
Vaccinenarben 32.
Vaccineprozesses, zur Kenntnis des (Sobotka) 169.
Vagabundenfurunkulose 67.
„Vagabundenkrankheit", Fall von (Raynaud) 152.
Varicellen in gangränöser Form, Anomale (Variot und Danseux) 168.
Varicen 24.
— der Regio suprapubica (Molinié) 396.
— an den unteren Extremitäten, Zur operativen Behandlung der (Dombrowski) 546.
Variköse Geschwüre durch Massage, zur Behandlung (Erdinger) 583.
Variola 35. 328. 356. 430. 647.
—, Über Ätiologie und Prophylaxis der (Schrevens) 167.
—, Beobachtungen über (Porter) 167.
—, Einwirkung roter Lichtstreifen auf Verlauf und Infektiosität der 168.
— des Fötus (Grandmaison) 168.
—, Über Modifikationen des Ausschlags im Verlauf der (Prautois) 167.
— bei Tuberkulösen (Richardière) 167.
Vasogene (oxygenierte Kohlenwasserstoffe), Bakteriologische Untersuchungen über die baktericide Kraft des (Dahmen) 46.
Venerische Krankheiten in Pavia, Jahresbericht (1893) über die Staatspoliklinik für (Scarenzio) 384.
— Bubo zu den Jahreszeiten, Über die Beziehungen des weichen Schankers und (Colombini) 453.
— und syphilitischen Hautaffektionen, Therapeutische und hygienische Resultate der Spital- und ambulanten Behandlung von Kranken mit (Azua) 384.
Verbrennungen, Die antiseptische Behandlung der (Nageotte-Wilbouchewitch) 162.
—, Thioform bei 389.
—, Zur Kasuistik tödlicher (Uibeleisen) 570.
Verengerungen im Pharynx und im Larynx infolge von Lues (Heymann) 498.
— und Urethritis chronica (Wassermann und Hallé) 218.
Vernix caseosa, die Natur der (Beatty) 223.
Verruca senilis 508.
Verruköse Neubildungen (Levi) 90.
Verwachsungen im Pharynx und im Larynx infolge von Lues (Heymann) 498.
Vitiligo, E.-H. 47.
—, Lichen ruber planus und Neurodermitis chronica circumscripta bei einer und der nämlichen Person (Welander) 449.
Vulva, Über einige ungewöhnliche Neubildungen der (Taylor) 144.
—, Gangrän der (Fournier) 460.
Vulvovaginitis blennorrhoica (Talamon) 714.

Wärmebehandlung des Favus (Zinsser) 551.
Warzen 121.
— der weiblichen Genitalien, Behandlung der spitzen (d'Aulnay) 340.
—, Zur Behandlung der (Dubois-Havenith) 578.
Wassermode, Kneipp und seine ärztlichen Jünger, Eine Kritik der neuen (Niemann) 559.
Wasserstoffsuperoxyd bei Blennorrhoe, Injektionen von unverdünntem (v. Wedekind) 342.
Wiederimpfung der Kinder stattfinden soll, Wann die (Raymond) 170.
Wochenbettscharlach, über Exantheme im Wochenbette, besonders über den sogenannten (Ahlfeld) 567.
Wollfett 376.
—, Die Wertbestimmung des (Cochenhausen) 384.
Wollfettkrieg (Arnold) 385.
Wunden 44.
— im Ohrläppchen und ihre Beziehungen zu den Ohrringen (Leloir) 111.
—, Über die Transplantation tierischer Haut und Schleimhaut auf menschliche (Lortail) 562.

Xanthomata 250. 380. 508.
— diabeticorum, Ein Fall von (Johnston) 336.
— elasticum 581.
— multiplex (Stout) 380.
— tuberosum (Morrow) 391.
— vulgare 581.
—, nebst einigen kritischen Bemerkungen über das Wesen der Tumoren, Über die Natur des (Török) 580.
— und die nächste Ursache ihrer Komplikationen, Über die Natur (Hallopeau) 390.
— zu behandeln, Einen Modus, multiple (Roberts) 217.
Xanthomata mit Elektrolyse, Die Behandlung des (Fox) 250.
Xeroderma 192. 387.
— pigmentosum 663; — (de Amicis) 90; — (Schütte) 214; — Falcão) 379; — (Kaposi) 492.
—, Klinischer Bericht über einen Fall von (Hutchins) 395.
— diabeticorum 689.

Zahnfleisch, Lupus vulgaris am (Kaposi) 492.
Zelleinschlüsse in sarkomatösen Geweben, Über parasitäre (Pawlowsky) 577.
Zink Ichthyol-Salbenmull bei Eccema 21.
Zoonotische Dermatose und Stomatitis (Scheyer) 685.
Zoster 107. 137. 169. 435. 491; (Ohmann-Dumesnil) 164.
—, Bellsche Paralyse bei (Spencer) 572.
— haemorrhagicus 139.
— in den erythematösen, papulösen und vesikulösen Stadien (Cantrell) 572.
—, Protozoenähnliche Körper bei (Hartzell) 692.
— ex influenza und Tuberkulose (Huchard) 572.
— und Tuberkulose (Rendu) 572
Zuckernachweis im Wein, Methoden zum (Jolles 499.
Zugpflaster als diagnostisches Hülfsmittel bei Lepra, Die Applikation von (Kalindero) 265.
Zungenangiome, zur Behandlung der (Lefèvre) 344.
Zungengeschwür als Späterscheinung sekundärer Syphilis (Jullien) 153.
Zungenoberfläche bei einzelnen Influenzaepidemien, Veränderung der (Raymond und Netter) 172.
Zungenwurzel, Seltenes Leiden der (Breda) 84.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abel, R., Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten 639.
Abraham 387.
Accarain, Ein Fall von Übertragung der Syphilis 267.
Adam, J., Zwei Fälle von Myxödem, behandelt mit Schilddrüsennahrung 393.
Adamkiewicz 577.
Addison 391. 392.
Adenot, Über den Ausgang gewisser, scheinbar ausschliefslich auf der Haut sich abspielender tuberkulöser Ulcerationen vom Knochen (Häufigkeit und Dunkelheit dieses Ursprungs bei den lupoiden Affektionen der Extremitäten) 510.
Adler, J., Einige Kennzeichen der Oxalurie und ihre Beziehungen zu gewissen Formen von Nervenkrankheiten 115.
— Ein Cystadenom des Hodens 313.
— Ein Scheidensarkom des Hodens 313.
Ahlfeld, F., Über Exantheme im Wochenbette, besonders über den sogenannten Wochenbettscharlach 567.
Albarran, M. J., Die „weiten" Verengerungen der Urethra 705.
Albespy, Behandlung der Pityriasis auris 459.
Aldor, E., Ein Fall von juxta-urethralem Hohlgange als Ursache recidivierender chronischer Blennorrhoe 531.
Alexander, S., 253. 680. 681.
Allen, C. W., Naevus der „Vulva" mit Ulceration 144.
— Gangrän des Scrotums 145.
— Fall von Keratosis follicularis 249.
— Fall von rekurrierendem, desquamativem Erythema scarlatiniforme 251.
— Ein Fall von Pemphigus circinatus 457.
— Die Behandlung des Erysipels 460.
Allen, C. W. 250. 253. 636. 637.
Alsberg 580.
Althausen, M. J., Über Verbreitung und Behandlung des Herpes tonsurans 454.
Altmann 228. 499.
Alzheimer, Über die Paralyse der Entwickelungsjahre 495.
Amicis, Xeroderma pigmentosum 90.
— 86. 87. 91 414.
Antony, Purpura haemorrhagica 161.
Aristoteles 410. 412.
Arloing und Courmont, Über die Virulenz des Lupus 50.
Armstrong, S. S., Syphilitische Hemiparaplegie 57.
Arnd, Kresolsaponat 46.
Arning, Ed., Ein 24jähriger Mann mit Lues maligna 315.
— Dermatitis herpetiformis Duhring 316.
— 510. E.-H. 18. 72.
— und Nonne, Weiterer Beitrag zur Klinik und Anatomie der Neuritis leprosa 264.
Arnold, Carl, Der Wollfettkrieg 385.
Aronson 502.
Arnozan, Bullöse Eruption nach Jodkaliumgebrauch 571.
— 113.
Aschersohn 396.
Ashmead, A. S., Ansichten eines hervorragenden japanesischen Spezialisten über Lepraangelegenheiten 104.
— Fischnahrung und Lepra 336.
— Über Syphilis im Altertum und deren Behandlung mit Quecksilber bei Chinesen und Japanern 651.
— Der Ursprung der Syphilis im alten Amerika 692.
Audouin 644.

Audry, Ch., Über die Unnasche Dermatose (Eccema seborrhoicum) 505.
Augagneur, Zur Behandlung der Syphilis mittelst subkutaner Quecksilberinjektion 445.
— Zur Behandlung der Kephalea syphilitica 514.
d'Aulnay, R., Behandlung der spitzen Warzen der weiblichen Genitalien 340.
Auspitz 482. 573.
Avellis, Behaarter Rachenpolyp, von der seitlichen Rachenwand ausgehend. Operation fünf Stunden nach der Geburt wegen Asphyxie. Heilung 521.
Azua, Therapeutische und hygienische Resultate der Spital- und ambulanten Behandlung von Kranken mit venerischen und syphilitischen Hautaffektionen 384.

Babes, Über die bakterielle Association der Tuberkelbacillen mit hämorrhagischen Mikrobien 49.
— 223.
Babinski, 242. 243.
Bacelli 205. 431. 432. 433. 518.
Bacon, J. E., Kava-Kava bei Blennorrhoe 343.
Bärensprung 376. 656.
Baginsky, A., 378.
Balbini 76.
Balzer, Die Behandlung der Gangrän des Penis 527.
— Behandlung der Balanitis circinata 527.
— 283. 317. 374. 375. 420. 581. 610. E.-H. 8. 11. 23. 56. 100.
Bamberger 655.
Baraban 218.
Barbe und Gaucher, Erythema pellagrosum alkoholischen Ursprungs 143.
— Gewerbliche Arsenvergiftung 144.
Bardach, Zur Aknebehandlung 434.
Bardeleben, v., 705.
Bardenheuer 10.
Barduzzi 86. 653.
Barengel 374.
Baretta 486.
Barlow 84. 501.
Barnum, M. W., Atresie des Cervikalkanals infolge von syphilitischen Geschwüren 51.
Barren 394.
Bartels 407.
Barthélemy, Zur Behandlung des Trippers beim Weibe 447.
— 61. 434.
Bartholin 409. 410.
Bary, de 99.
Basch, v., 158.
Basedow 437. 438.
Bateman 448.
Battle, Urethritis desquamativa membranacea 532.
Baumann 429.
Baumgarten 560.
Bayel 435.
Bayer 541.
Bayet, A., Über Lupus im Anschluſs an Operationen tuberkulöser Herde 36.
— Ein Fall von rückfälligem Pemphigus der Lippen 152.
— Multiple gangränöse Herde der Haut auf hysterischer Grundlage 378.
— Über die Syphilis acquisita der Kindheit 879.
— Die Behandlung der Naevi vasculares mit Elektrolyse und Skarifikationen 261.
— Über Hauterythme im Verlaufe der Tuberkulose 450.
Bazin 103. 150.
Bazy, Über die absorbierende Kraft der Blase 557.
Beale 239.
Beatty, W., Die Natur der Vernix caseosa 223.
— Seborrhoe 331.
Bechterew, v., 212.
Beck, C., Bericht über zwei Fälle von Lithotomie 635.
Beclère 142.
Bedoya, Diaz de 239.
Beer 321.
Behrend 156. 434. 442. 488.
Behrens 207.
Behring 425. 501.
Beier, E., Ein Fall von Salicylexanthem 259.
Bell, B., 451.
Benda 12. 204.
Benedict, Tabesfälle mit blutiger Nervendehnung 489.
Beneke, Über die Epithelfaserung der Haut 498.
— 499. E.-H. 26.
Beniqué 506.
Benson 510.
Berdez 563.
Berg, G., Beitrag zum Verständnis der Blennorrhoefrage 529.
Bergé, Erysipel als Scarlatina und Lymphangitis durch Streptokokkeninfektion bedingt 114.
*Bergh, R., Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum 403.
— Referat 344.
— 343. 410. 413.
Bergmann, A. v. 47. 135. 240. 242. 436. 705.
Berkley, Die Osmium-Kupfer-Hämatoxylinfärbung 646.
Berliner, C., Referate 28. 39. 54. 100. 103. 106. 107. 112. 146. 147. 151. 160. 163. 164. 166. 215. 218. 221. 223. 251. 253. 260. 267. 325. 331. 334. 336. 343.

344. 382. 385. 392. 393. 394. 395. 448. 457. 458. 460. 462. 519. 520. 521. 522. 549. 555. 556. 565. 567. 574. 579. 582. 588. 637. 646. 650. 655. 656. 658. 681. 687. 691. 692. 695. 697. 698. 704. 710. 711,
— 375. 376.
Bernhardt 57.
Bernheim, J., Über Invasion von Hautkokken bei Ekzem 109.
Bertarelli 86.
Besnier, Ernst, Die Behandlung des Ekzems 696.
— 61. 76. 79. 92. 101. 102. 111. 187. 247. 266. 312. 317. 346. 348. 382. 383. 464. 485. 486. 580. 581. 610. 626. 709.
Bieling, O., Über die Perspiration bei universellem Ekzem 695.
Biett 345. 349.
Bigelow 691.
Billroth 483. E.-H. 29.
Binz 463.
Biondi 94. 379. 564. 693.
Birch-Hirschfeld, E.-H. 29.
Bischoff 406.
Bizzozero 420.
Black, C., 387.
Blanc, H. W., Ein Fall von „Skin Shedding" (Hautabschuppung) 699.
Blaschko, Über intravenöse Sublimatinjektionen 431.
377. 378. 433. 434. E.-H. 57.
Blezinger 496.
Blocq, Paul, Epilepsie, Syphilis und Tabes 58.
Bocarro, J. E., Analyse von 100 Fällen von Mycetoma 461.
Bockhart 244.
Bodilly, H., Puerperales Erythem, Scharlachfieber vortäuschend 567.
Bodin, E., Über die Behandlung der Pityriasis versicolor 519.
Boeck 47. 76. 96. 347. 464. 655.
Boennecken, Über Stomatitis und deren Behandlung 463.
Boer 502.
Boerhave 512.
Bogdanoff 126.
Bohn 575.
Boismont, B. de, 160.
Boll, E.-H. 38.
Bolognesi und Juhel-Rénoy, Abgeschwächtes primäres Erysipel 703.
Bonaduce 61.
Bonardi, Akromegalie mit Autopsie 391.
Bonnet 408.
Borden, W. C., Die Fettzelle, ihr Ursprung, Entwickelung und histologische Bedeutung 220.
Bordoni-Uffreduzzi 420.
Bosc, P., Die Bedeutung des Gonococcus in der gerichtlichen Medizin 450. 530.
Bossart, Lymphdrüseneiterungen in den Leisten nach Ulcus induratum 268.
Bostroem 456.
Bourdon, Malleus acutus 64.
Bouchard 126.
Bourges und Hudelo, Über diphtheroide Syphilide 269.
Bouchard 434.
Boutillier, le, Bericht über zwei Fälle von Syphilis infolge von Tättowieren 635.
Bowen, J. T., Über eine Epidemie von Alopecia areata in Boston 39.
— Hydroa vacciniformis (Bazin), Hutchinsons Sommereruption 103.
Braem, Transplantation von ungestielten Hautlappen 562.
Bramwell, B., Thyreoidbehandlung bei Hautkrankheiten 386. 447.
— Zwei mit Thyreoidextrakt behandelte Fälle von Lupus 650.
— 287. 452. 458.
Brand 563,
Brantôme 410. 411. 412.
Braunschweig 262.
Brault, Gewerbliche Ekchymosen bei solchen, die sich im Springen üben 151.
Braun, J., Beitrag zur Behandlung des Ekzems 696.
Breda, Leiden der Zungenwurzel 84.
— Keratodermie und Keratodermitis 92.
Brefeld 99.
Brenner, Carcinom am Penis 526.
Brewer 145. 636. 637.
*Brigidi, V., Multiple Neurofibrome der peripherischen Haut- und Muskelnerven mit Fibroma molluscum 190. 237.
— Über Neurofibrome der Muskeln 80.
Brinley, Ein Vorschlag zur rektalen Untersuchung bei Krankheiten des Sexualsystems 695.
Broca 439.
Brochis, Erythema nodosum im Verlaufe einer Eiterinfektion 461.
Brocq, L., Die Technik der Schmierkur 517.
— 79. 82. 97. 101. 247. 248. 382. 457. 518. 560.
Bronson, Über Pityriasis rubra pilaris 27.
— Urticaria pigmentosa 547.
— 146. 548. 549. 637.
Brooke 92. 317. 318. 319. 375. 484.
Brousse, Über einen Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring 37.
— Ein Fall von Hirnsyphilis 52.
— Über syphilitische Pleuritis im späteren Stadium 447.
Brown 36.
Brown, F. T., Ein Fall mit multiplen Initialschankern 144.

Brown, F. T., Syphilitische Exostose des Stirnbeins 145.
— Nierensteine 635.
— 146.
Brown-Séquard 54. 276.
Bruehl 48.
Brunn, E.-H. 38. 40.
Brunns, v., E.-H. 73.
Bruns, Über die Behandlung der Struma mittelst Schilddrüsenfütterung 436.
Bryan, T. H., Syphilis der oberen Luftwege 660.
Bubis, Sperminum-Pöhl in chemischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung 385.
Buchterkirch 580.
Büngner 29.
Bulkley, L. D., Die Syphilis der Unschuldigen 262.
— Die Non-Kontagiosität der Lepra 647.
— 434. 510. 648. 695.
Bumke 580.
Bumm 339. 531.
Buongiovanni, Akuter muskulo-artikularer Rheumatismus mit Erythema exsudativum multiforme 159.
Burckhardt, Emil, Zur Kasuistik und Therapie des Prostatasarkoms 688.
— 46.
Buret, F., Die Syphilis im 18. Jahrhundert 451.
*Buri, Th., Über den Lupus erythematosus (Ulerythema centrifugum) 345.
Burlando, G., Über Acne simplex syphilitica und deren Beziehungen zur Sepsis 453.
Busch, v. 707.
Buschau, Kritik der Schilddrüsentheorie der Basedowschen Krankheit 438.
Busse, Otto, Über die Heilung aseptischer Schnittwunden der menschlichen Haut 568.
Butkowski, Jodkaliumexanthem 571.
Buywid 502.
Buzzi 76. 462.

Cabanès 37.
Cajal, R. 98.
Caillard 239.
Cambell, W., Über die Behandlung tertiärer Syphilis mit der Schmierkur 62.
Campana, Morphologie des kultivierten Leprabacillus 219.
— 84. 89. 219. 464.
Cantani 115.
Cantrell, J. A., Ein Fall von Herpes zoster in den erythematösen, papulösen und vesikulösen Stadien 572.
—, A., Ein Fall von Favus auf dem Kopfe und am Körper 693.
Carini, Ein frühzeitiges Symptom von Syphilis hereditaria bei Neugeborenen und seine Behandlung 513.
Carré, H., Über die sogenannte Strictura syphilitica des Rectums 272.
Carrier, A. E., Die Behandlung des Ekzems bei Kindern 696.
Carruccio, Tuberkulinbehandlung bei Lupus 219.
— Eccema impetiginosum 453.
Casoli, V., Beitrag zum Studium der Jodkalium-Eruptionen 568.
Caspar 376.
Caspary 13. 208. 374. 375. 429 433. 434. 464.
Casper, Über die Grenzen und den Wert der Urethroskopie (mit Demonstration) 314. 556.
Castel, du, Lichenifikation und Lichen simplex 143.
Caton, R., und Paul, F. T., Bemerkungen über einen operativ behandelten Fall von Akromegalie 581.
Catrin, Über trophische Störungen der Fingerspitzen 157.
— Veränderliche Virulenz des Streptococcus erysipelatis 703.
Cautaz, Syphilis des Pharynx 659.
Cayé, E.-H. 37. 40.
Cayley 165.
Cazal, du 224.
Cazeneuve 329. 345. 386.
Ceci, M., Der Lupus und seine Behandlung 51.
Celsus 404.
Cerchez, Über Behandlung der Psoriasis mit grofsen Dosen von Jodkalium 86.
Cestau und Legueu, Die operativen Indikationen bei traumatischen Harnröhrenverengerungen 528.
Chalibaeus, Urticaria 496.
— Impferysipel 496.
Chantemesse 447.
Charcot 587.
Charrier, Über einen Fall von multiplen harten Schankern, die nacheinander bei dem nämlichen Individuum auftraten 261.
Charrin, Wirkung der pyrogenen Toxine auf die Urinsekretion 44.
Chassaignac 655.
*Chassiotis, D., Über hypertrophische Makrochirie des rechten Oberarmes 674.
Chauffard 581.
Cheinisse, L., Beitrag zur Bakteriologie des weichen Schankers 151.
Chiappa, del 623.
Chiasso und Isnardi, Fall von hämorrhoischem Rheumatismus mit visceralen Komplikationen bei einem 10jährigen Mädchen (Stuprum) 710.
Chismore, G., Modifikationen von Bigelows Operation von Blasensteinen,

namentlich bei gleichzeitig vorhandener Prostatavergrößerung 691.
Christiani 130. 244.
Ciarrocchi 86.
Cimmino 242.
Cipriani 39.
Civiale 527.
Clark, J. J., 291. 303.
Claus 45.
Cabot, F., Abhandlungen über Chirurgie der Harn- und Geschlechtsorgane 522.
Cochenhausen, E. v., Die Wertbestimmung des Wollfettes 384.
Cock, W., 296.
Cohn, H., Erste syphilitische Infektion bei einem 80jährigen Manne; Iritis; Heilung 215.
— 545.
Cohn, P., Der Musculus compressor urethrae in seiner Bedeutung für die Physiologie und Pathologie der Harnwege 686.
Cohnheim 121.
Cohnstein, W., Neueres aus der physiologischen Dermatologie 331.
Colemann, W., Osteosis der Haut des Fußes 334.
Colhoun, Max 397.
Colombini, Über latente und occulte Syphilis 268.
— Das Ichthyol in der Therapie der Blennorrhoe 342.
— Über die Beziehungen des weichen Schankers und venerischen Bubo zu den Jahreszeiten 453.
— Latente Syphilis und unbeachtete Syphilis 653.
Combe, A., Nekrose des Oberkiefers infolge von Syphilis 272.
Conroy, W. E., Ein Fall von Syphilis haemorrhagica neonatorum 659.
Conti und Picchini, Die Toxicität des Urins in einigen Fällen von Anämie 338.
Corlett 90.
Cornil, E.-H. 9.
Costa, Ch. da, Abortivbehandlung des Trippers 712.
Councilman, W. F., Blennorrhoische Myocarditis 709.
Courmont 266.
— und Arloing, Über die Virulenz des Lupus 50.
Courtade, D., und Guyon, J. F., Über den Rückfluß des Blaseninhalts in die Harnleiter 505.
Courtin 112.
Cramm, Über Inokulationslupus 51.
Crane, A. A., Lepra und Fischnahrung 648.
Credé 545.
Crippa, Ein Beitrag zur Frage: Wie rasch kann der Gonococcus Neisser das Epithel der Urethra durchdringen? 530.
Crecker, H. R., Verschiedene Formen von Urticaria mit bleibenden Veränderungen 78.
— Brom- und Jodexantheme 160.
— Erythema elevatum diutinum 217.
— 84. 106. 264. 374.
Croix, de la 114.
Curschmann, H., Zur mechanischen Behandlung der Hautwassersucht 565.
Cutler, Einen Fall zur Diagnose 147. 250. 251.
— 146. 548. 549.
Czokor, Verwendung der Impftiere 496.

Daly, W. H., Lepra 510.
Dahmen, M., Bakteriologische Untersuchungen über die baktericide Kraft der Vasogene (oxygenierte Kohlenwasserstoffe) 46.
— Die Resorptionsfähigkeit der Haut für Lösungen von Jodoform und Kreosot in Vasogen 562.
— 541.
Danielsen 47. 464.
Danseux und Variot, Anomale Varicellen in gangränöser Form 168.
Dardignal, Symmetrische Gangrän der Hände durch Kältewirkung im Verlaufe einer Influenzaerkrankung 583.
Darier 74. 75. 76. 97. 98. 240. 317. 318. 547. 690.
Dauber, Über Impetigo herpetiformis 322.
Davezac, Folliculitis bucco-pharyngea 113.
— Pustula maligna 112.
Davies, Arthur, Die Thyreoidbehandlung bei Myxödem und bei Hautkrankheiten 588.
— 452.
Dazzeus, Als neue Behandlungsmethode der Syphilis, besonders derjenigen der Fossae nasales 64.
Dehio, Über die Erkrankung der Nerven bei der Lepra anaesthetica (Lepra maculosa) 207.
Déjérine 164. 247.
Delafield 5.
Delansorne, In situ recidivierende Syphilis 269.
Delaroche 283.
Delie, Acne rosacea durch Ablatio nasi und Rhinoplastik geheilt 113.
Demme, C., Über Nasensyphilis 544.
—, R. 126.
Deubner, Zur Kasuistik des Erythema nodosum 461.
Deutsch, A., Der Einfluß der frühzeitigen antiluetischen Behandlung auf das Nervensystem 319.
Deutschmann, E.-H. 38. 39. 40. 73.
Devergie 39. 79. 101. 102.

Diday, Schwangerschaft der Frau eines an Syphilis leidenden Mannes und dabei einzuschlagende Maßnahmen 514.
— 61. 337.
Dill, J. F. G. 387.
Dittel, von 29. 705.
Dohrn 208.
Doidge, M. J., Scharlachfieber mit Recidiv nach kurzer Zeit 166.
Dombrowski, Zur operativen Behandlung der Varicen an den unteren Extremitäten 546.
Donders E.-H. 26. 34. 35. 36. 37. 39. 40. 73.
Dort, T. B. van, Eine neue Behandlungsweise der Syphilis 61.
— Zur Kasuistik der Joddermatosen 330.
Dougall, Zur Behandlung des Ekzems 697.
Doutrelepont 435.
Dowsen, Die Mandeln als Eingangspforte für das skarlatinöse Virus 165.
Doyon 111. 187. 348. 382. 383. 464.
Dreschfeld, J., Akromegalie 582.
Dub 125.
Dubaisieux, Karbolgangrän 389.
Dubois-Havenith, Karbolgangrän 389.
— Dermatosen nach moralischem Shock 572.
— Zur Behandlung der Warzen 578.
— 61.
Dubreuilh, Epitheliom der Oberlippe nach Lupus 51.
— Folliculitis depilans der haarlosen Körperstellen 113.
— Mykosis fungoides 462.
— Über den Lupus tuberculosus superficialis 650.
— 82. 457.
Duchatelet, Ein tragbarer Apparat für Sterilisation von Sonden mittelst Wasserdampf 507.
Duclaix, J. B., Papillitis lingualis 343.
Duclaux 643.
Ducrey 87. 88. 89. 151.
*— und Reale, Neuer experimenteller Beitrag zum Studium des Erythrasmas 85. 414. 460.
— und Oro, Beitrag zur pathologischen Histologie, Ätiologie und Pathogenese des Condyloma acuminatum 578.
Dührsen 311.
Dünges, Ein Fall von Erythromelalgie 163.
Düring, E. v., Lepra und Syringomyelie 48.
— 276. 464.
Duhring 247.
Du Mesnil 117. 122.
Dunn, J., Vollständige Zerstörung des Naseninnern durch syphilitische Erkrankung 660.
Duplaix 511.
Dupond 682.
Dupuytren 396.
Dymnicki, J., Einige seltene in Busko (Kochsalzschwefelquellen in Russisch-Polen) während der Kursaison 1893 behandelte Syphilisfälle 657.

Eberth 261.
Eble 409.
Eccles, Mc A., Formaldehyd, ein ausgezeichnetes Härtemittel für tierische Gewebe 646.
— S., 385.
*Echeverrya, E., Histologische Studie über Dr. Thomas Savills epidemische Hautkrankheit 476.
*Eddowes, Alfred, Acne rosacea 25.
— Über Behandlung des Herpes tonsurans 81.
Ehlers, E., Lepra auf Island 102.
— 60.
Ehrlich, P., Lymphatische Pseudoleukämie 206.
— 207. 223. 228. 326. 367. 369. 490. 497. 501. 564.
Ehrmann, Über die Verwendung der elektrischen Kataphorese in der Dermatotherapie 483.
— 395. 429.
Eichhoff, E.-H. 56. 99.
Eichhorst, H., Über Reinfectio syphilitica 656.
— 125. 126.
Elkins 299.
Elliot, G. T., Fall von spontanen Clavi an den Fingern 146.
— Ein ungewöhnlicher und excessiver Fall von Impetigo contagiosa bullosa 335.
— Über einen Fall von Cystadenoma intracanaliculare bei einem Naevus unius lateris 520.
— Ein Fall von variköser Lymphangiektasie, lymphatischen Kapillar-Varicen 148.
— Fall zur Diagnose 547.
— 250. 548. 549.
— und Morrow, Naevus mollusciformis 251.
Elschning 317.
Elsenberg, A., Über die Behandlung des Lupus mittelst Parachlorphenol 257.
— Morbus Brightii syphilitischen Ursprungs 321.
— Ein Fall von syphilitischen Gummata der Larynxmuskeln 554.
— 60. 110.
Engel, v., Ein Fall von Polyneuritis mercurialis 273.
— Zur Genese und Regeneration des Blutes. Demonstration von Mikro-Photogrammen 489.
Engel-Reimers 483.

Englisch, Über Taschen und Ausbuchtungen der Harnblase 708.
Erb 54. 55. 56. 274. 275. 276.
Erdinger, Zur Behandlung variköser Geschwüre durch Massage 583.
Erdmann 545.
Erlenmeyer 512.
Ernst 595. 596. 597. 599. 600. 601. 610. 612. 613. 664. 669.
Erotion 404.
Escande, Elektrolyse beim Angiokeratom 581.
— und Molinié, Über einen atypischen Fall von Psoriasis 457.
— Tertiäre Glossitis und doppelte Labialitis 273.
— Tertiäre Syphilis der Mamma 273.
Escherich, Über Cystitis der Kinder 317. 546.
— 316. 502. 546.
Eschricht 406.
Esmarch 134.
Essen, v., Codeinexanthem 210.
Etienne, G., Hereditäre Syphilis in der zweiten Generation 151.
— Syphilis erythematosa circinata 269.
— und Spillmann, Familien-Syphilis 449.
Eulenburg, Erythromelalgie 164. 208.
— Basedowsche Krankheit und Schilddrüse 437.
— 10. 48. 593.
Evans 296. 298.
Ewald, E.-H. 23. 27.
—, Karl, und Schnitzler, Julius. Zur Technik der Hauttransplantation nach Thiersch 222.

Falcão, Z., Ein Fall von Xeroderma pigmentosum 379.
Falkenheim, Vaccination und Nephritis 493.
— 501.
Farina, Der septische Zustand der Haut nach der Desinfektion 561.
Fehleisen 704.
Fehling 500.
Feinberg 125.
Feleki, Hugo, Beiträge zur abortiven Behandlung der blennorrhoischen Urethritis 688.
Feliciani, Naevi angiomatosi im Gebiete von Hautnerven 219.
Felsenthal, S., Beiträge zur Ätiologie und Therapie des Erysipels und Erysipeloids 702.
Fenwick, E. H., Über den Vorteil des Gebrauches von gefärbten Injektionen bei hartnäckigem Tripper 710.
Féré, Die Syphilis als Degenerationsursache 653.
Ferreira, Pseudo-Paralysis syphilitica 59.
Ferrero 413.
Feulard 610.
Fiaux, Die Prostitution in Rufsland 155.
Fiessinger, Ch., Über fieberlosen Scharlach 165.
Finger, Die Natur des weichen Schankers 87.
— Über den Mechanismus des Blasenverschlusses, der Harnentleerung und die physiologischen Arbeiten der Prostata 707.
— 88. 218. 320. 708.
—, Ghon, A., und Schlagenhaufer, F., Beiträge zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses 253. 322.
Fischel, A., Zur Lehre von der Wirkung des Silbernitrates auf die Elemente des Nervensystems 42.
* — L., Ein neues Teerpräparat 189.
Fisichella, Beitrag zur Kasuistik der syphilitischen Reinfektion 453.
Fitsch, G. L., Die Ätiologie der Lepra 647.
Flatau, Albinismus acquisitus und Canities 522.
Flemming 581. 646. E.-H. 56. 59. 102.
Förster, E.-H. 18.
Fordyce, J. A., Beitrag zur Pathologie der Acne varioliformis Hebra 149.
— Fall von Lupus 547.
— Ein Fall von miliaren, papulösen Syphiliden 680.
— 145. 250. 251. 252. 548. 549. 637.
Forster 26.
Fort, Urethralstrikturen 704.
Fost, T. M., Lepra und Leprakranke im Orient 509.
Foster, B., Die ideale Behandlung der akuten Blennorrhoe. Ist sie gerechtfertigt? 694.
Fournier, A., Syphilis und allgemeine Paralyse 58.
— Behandlung der sekundären Syphilis 62.
— „Diabetide" an den Genitalien 163.
— Die Schanker der Hand und der Finger 268.
— Über Syphilis praecox gravis 272.
— Differentialdiagnose zwischen syphiloidem Lupus und lupusähnlichem Syphilid 270.
— Herpes vacciniformis im jugendlichen Alter. Gangrän der Vulva. Plötzlicher Tod 460.
— Vorlesungen über Syphilis hereditaria tarda 639.
— Die hereditäre Lues der Neugeborenen 513.
— 54. 61. 91. 125. 154. 208. 257. 269. 273. 379. 512. 514. 515. 709.
— und Sabouraud, Pityriasis versicolor mit dem Aussehen eines Kindersyphilids 249.

Fournier und Sabouraud, Mykosis versicolor bei kleinen Kindern 343.
Fournier, H., Über die Gefahren der Durchbohrung der Ohren für die Ohrringe 450.
— Über Chroasol 451.
Fox 146. 147. 264.
Fox, Colcott, Über die Natur des Lupus vulgaris vom klinischen Standpunkte aus 50.
— Zwei Fälle von allgemeiner Vaccine 169.
— 307.
Fox, G. H., Ein Fall von Lepra 28.
— Fall von Lymphangioma 249.
— Die Behandlung des Xanthoma mit Elektrolyse 250.
— Ein Fall von Lichen ruber 251.
— Ein Fall zur Diagnose 549.
— Die Entfernung eines Naevus pilosus des Gesichtes mittelst Elektrolyse 520.
— Einige gewöhnliche Mifsgriffe bei der Behandlung der Syphilis 636.
— 250. 251. 548. 637.
Fränkel, A., Über eigenartig verlaufene septikopyämische Erkrankungen nebst Bemerkungen über akute Dermatomyositis 700.
— 55. 377. 462.
— B. 544.
—, Eugen, Fall von Tuberkulose des Hodens und Epididymitis gummosa des Nebenhodens 29.
Francis, G., Fälle von Elephantiasis in Verbindung mit tertiärer Syphilis 555.
Frank 125.
Frank, G., Bemerkungen über chronische Urethritis 149.
Frankenburger, A., Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der primären Genitaltuberkulose des Weibes 339.
Frerichs 328.
Freund, E., Über Autointoxikations-Erytheme 159.
Frey, E.-H. 38, 40, 78.
Frey, M. v., Über den Druck- und Schmerzsinn 496.
Friedheim, L., Beitrag zur Kenntnis des Kreosots 80.
Friedländer, C., Mikroskopische Technik zum Gebrauch bei medizinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen 261.
Frisch, v., 209.
Froloff, Über den Einfluſs der interstitiellen Quecksilber-Salicylat-Injektionen auf den Austausch und die Assimilation der stickstoffhaltigen Körper bei Syphilitikern, in quantitativer und qualitativer Beziehung 63.
Froriep 158.
Fuchs 49.
Fürbringer 377. 686.
Fürst, Ein 45jähriger Mann mit multiplen Fibromen 315.
—, L., Über einen Fall von subperiostalem Hämatom 501.
Fukala, Chalazion 49.
Fuller, E., Anhaltender, vielfach von subakuter oder chronischer Entzündung der Samenbläschen abhängiger Harnröhrentripper 379.
— 146. 252. 635. 637. 680. 681.
Funk, E., Über einen Fall von Tumor cruralis congenitus mit maligner Degeneration und Metastasenbildung 577.
Furtmann 625.
Fusari 494.

Gabbet, E.-H. 102.
Galvani, J., 674.
Gaillard, L., Gesichtsrose und Herz 702.
Gailleton 623.
Galen 406.
Gallemaerts, Läuse in den Augenwimpern 519.
Gamberini, Über Ataxia syphilitica (Ataxie tabétique locomotrice) 507.
Gascoyen 656.
Gaston, Syphilis maligna praecox 95.
— Über ein angeborenes, progressives Angioma mit Sitz auf dem linken Oberschenkel, dem Scrotum und der Hüftnerven-Gegend der nämlichen Seite 142.
— Naevi vasculosi zoniformes mit trophischen Störungen 142.
— Die Behandlung des Erysipels mit hypodermatischen Injektionen von Karbolsäure 704.
Gaucher, Über Lupus erythematodes 583.
— Gewerbliche Arsenvergiftung 144.
— 142.
— und Barbe, Erythema pellagrosum alkoholischen Ursprungs 143.
Gavino, Über radikale Heilung des Hautcarcinoms 78.
Gay 274.
Gebbert 687.
Geber 352. 356. 362. 364. 365.
Gebert, E., Über Lichen ruber verrucosus 328.
Geddings 352. 355. 356.
Geissler, Die Übertragbarkeit des Carcinoms 577.
Gerber, P. H., Die Manifestationen der Syphilis in den oberen Luftwegen 681.
— E.-H. 29. 33. 40.
Gerhardt, Über Syphilis und Rückenmark 54.
— 10. 378.
Gerlach, E.-H. 38. 39. 40. 73.
Gersuny 209.

Geyer 500.
Ghon, A., Finger, E., und Schlagenhaufer, F., Beiträge zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses 253. 322.
Gibert 88. 89. 679.
Gibson, Ch. L., Carcinoma penis 252; — Kastration wegen tuberkulöser Epididymitis 679.
Gieson, van, 145. 596. 599. 600. 612. 613. 664. 669. 691.
— J. van, Kastration wegen Hodentuberkulose 680.
Giers 240.
Gigot-Suard 82.
Gillet, H., Schweifs als vikariierende Menstruation 224.
Giovannini, Über die histologischen Veränderungen nach elektrolytischer Depilation 85.
— 583.
Glench, R., Über Macassar-Öl 44.
Gley 130.
Gluck 702.
Glück, L., Über den Kopfgrind in Bosnien und Herzogowina 442.
Glusinski 709.
Gockel, M., Zur Ätiologie des Leichentuberkels 651.
Goddesdew 168.
Golasz, Von dem Vorhandensein eines polymorphen Mikrobions bei der Syphilis 153.
— Polymorpher Bacillus 651.
Goldenberg, Nierensteine 635.
— Fall zur Diagnose 679.
Goldflam, S., Über Rückenmarksyphilis 54.
Goldmann, E., Über das Schicksal der nach dem Verfahren von Thiersch verpflanzten Hautstückchen 222.
— 117. 119. 120.
Goldschmidt 505. 506.
Goodall 165.
Goodhart 168.
Goto, Shobun 105.
Goto, Shochoku 105.
Gottheil, W. S., Alumnol bei Hautkrankheiten 387.
Gottschau 494.
Gowers 512.
Graaf, de, 403, 414.
Gradenigo, G., Über Sklerose des Mittelohres als parasyphilitische Affektion bei der Lues hereditaria tarda 494.
Gralewski, Rotz bei Menschen und seine Behandlung mit Quecksilbereinreibungen 64.
Gram 89. 244. 256. 257.
Grandhomme 374.
Grandmaison, Variola des Foetus 168.
Grandmaison, Über Nierensyphilis 273.
Grasset 165.
Grawirowski, W. P., 157.
Grawitz 225. 315.
Greco, del, 39.
Greves 96.
Grimm 140.
Gros 512.
Grosch 390. 579.
Gross, Fall von abnormer Haarbildung in der Sakralgegend 521.
Gruber, A., Über die pathologische Bedeutung der vollführten Circumcision 526.
Gruby 644.
Grübler 225. 236. 615. 670. 671.
Guarnieri 169.
Guiard, Über die Technik der Harnröhren-Einspritzungen 336.
— Harnröhren-Obturator 527.
— 529. 530.
Guinon 575.
Guiteras, R., Periurethrale Phlegmone in der Nähe des Frenulums 381.
— Ein Fall von künstlichem Testikel 635.
— Fall zur Diagnose 679.
Gull 587.
Guttentag, A., Über das Verhalten der elastischen Fasern in Hautnarben und bei Destruktionsprozessen der Haut 32.
— 117. 118. 123.
Guttmann, Über eine eigentümliche Hautaffektion 317.
— 56. 581.
Guyon, J. F., 78. 283. 313. 337. 340. 452. 453. 507. 522. 528. 681. 686. 689. 709.
— und Courtade, D., Über den Rückfluss des Blaseninhalts in die Harnleiter 505.

Hackel, Ein Fall schwerer Hysterie 547.
Haferkorn, K. J., Über multiple Lipome 389.
O'Hagan, Jodoform-Dermatitis 163.
Hagenkorn 210.
*Hahn, F., Über Resorbin 71.
— Referate 169. 223. 265. 522. 529. 532. 559. 560. 562. 575. 576. 639. 640. 646. 662. 679. 688. 689. 703.
— 244.
Hale-White, Über Hirnsyphilis 274.
Hallé und Wassermann, Urethritis chronica und Verengerungen 218.
Haller 404.
Hallopeau, Über die Unterbrechungen bei tuberkulösen Hautkrankheiten 49.
— Über die klinischen Charaktere der Mykosis fungoides 80.
— Über einen weiteren Fall von Trichotillomanie 94.

Hallopeau, Prurigo simplex Vidal-Brocq und Prurigo Hebra 248.
— Pityriasis rubra pilaris, Lichen Wilsonii oder Lichen scrophulosorum? 248.
— Über die Natur der Xanthome und die nächste Ursache ihrer Komplikationen 390.
— Über subkutane, multiple Abscesse bei jungen Mädchen 447.
— 240. 244. 464.
— und Jeanselme, Beitrag zur Kenntnis der Eiterungen bei tertiären Syphilomen der Nasenhöhle 81. 261.
Halpern, J., Über die Abhängigkeit des Verlaufs der Syphilis von der Infektionsquelle 257.
— Oberflächliche Ulceration eines Gumma 659.
Hamonic 451.
Handford, Henry, Dermatitis exfoliativa pigmentosa 38.
Hanot 49.
Hansen 265. 464. 649.
Harris, A. B., Ein neuer Mikroorganismus des Ödems 566.
Hartmann, M. H., Kongestive Hämaturie in einem Fall von Nierenstein 452.
— Beitrag zum Studium der Analtuberkulose 511.
Hartzell, M. B., Rote Chromidrosis 223.
— Die protozoenähnlichen Körper des Herpes zoster. Ein Beitrag zum Studium der Psorospermosis 692.
Haslund, Alopecia leukodermica 395.
— 296. 464. 539. 714.
Hasse, K., Der Gonococcus Neisser, sein Vorkommen bei Urethritis und Bartholinitis 530.
— 530.
Haupt 339.
Havas, A., In welchem Stadium der Syphilis soll mit der allgemeinen Behandlung begonnen werden? 59.
Hay 496.
Hayden, Nierensteine 635.
Healey, C. W., Zufällige syphilitische Infektion infolge eines Schlages auf die Nase 267.
Hebert 243.
Hebra, F., 15. 16. 41. 66. 78. 79. 80. 83. 101. 102. 108. 111. 140. 248. 302. 319. 345. 352. 356. 359. 373. 382. 389. 423. 426. 434. 440. 461. 485. 487. 488. 570. 573. 697. 698. E.-H. 14.
— H., von 487.
Heidenhain 564.
Heim, Lehrbuch der bakteriologischen Untersuchung und Diagnostik 639.
Heinz 387.
Heitzmann, L., E.-H. 57. 60. 73.
Helbing, H., Zur Behandlung der erfrorenen Nase 157. 208.
Helferich, Über die Hauttransplantation nach Thiersch 172.
— 562.
Heller, Julius, Lues 375.
— Entfernung von Tättowierungen durch Elektrolyse 375.
— 141. 212. E.-H. 39. 40. 56. 77.
—, Ad., Die Pharyngotherapie, ein Beitrag zur Behandlung der Infektionskrankheiten 488.
Henle, E.-H. 34. 36. 38. 39. 40. 73.
Henoch 396. 576.
Hepp 700.
Hertwig, O., 414. E.-H. 38. 73. 77.
Herxheimer, Berichtigung 276.
— 499. E.-H. 56. 100.
Herzog, M., Tuberkulose der Nasenschleimhaut 649.
Hessling, E.-H. 37. 40.
Heubner 129.
*Heuss, E., Rückblick auf den XI. Internationalen Medizinischen Kongreſs in Rom 78.
— Zwei Fälle von Keratosis und Melanosis nach innerlichem Arsengebrauch 570.
— Referat 42.
Heymann, Paul, Über Verwachsungen und Verengerungen im Pharynx und im Larynx infolge von Lues 498.
— Über luetische Verwachsungen in den oberen Luftwegen 548.
— 544.
Hicguet, Über einen Fall von Syphilis 268.
Hjelmann, Gelenkaffektionen im Verlaufe von tertiärer Syphilis 51.
Higier, H., Über akutes und chronisches Ödem bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie 501.
Hildebrandt 407.
Hill, B., 62.
Hillier, T. E., 292. 293.
Hilton 239.
Hime 169.
Hinton 494.
His 527.
*Hodara, M., Über die Trichorrhexis des Kopfhaares der Konstantinopeler Frauen 173.
— 412.
Hoffmann 48. 223.
— L., Neues über Thioform 388.
— Referate 61. 139. 157. 203. 224. 339. 520. 711. 712.
Hofmann, G., Zur Ätiologie der Syphilis 652.
Hofmokl, Incontinentia urinae 209.
— Kongenitale, über mannsfaustgroſse Steiſsgeschwulst 209.
Hohenegg 483.
Holsten 637. 638.

*Hoorn, W. van, Zur Behandlung der Furunkulose 26.
Hoppe-Seyler 500.
Horats 404.
Horbaczewski 116. 497.
Horowitz, M., Die subkutane Anwendung hoher Dosen Sublimat gegen Syphilis 63.
Horváth, M., Hypospodia cum phimosi, Pyelonephritis 526.
Houc 90.
Huchard, H., Die arthritischen Ödeme 158.
— Tuberkulose und Herpes zoster ex influenza 572.
Hudelo und Bourges, Über diphtheroide Syphilide 269.
Huebbenet 385.
Hürtle 240.
Hunter 451.
Hutchins, M. B., Klinischer Bericht über einen Fall von Xeroderma pigmentosum 395.
Hutchinson, J., A descriptive catalog of the Clinical Museum and Journal of Proceedings 455.
— 103. 158. 168. 264. 289. 299. 494. 571. 648.
— J. jr., 76.
Hyde 444. 464.
Hyrtl 404. 414.

Jaccond, Komplikationen der Scarlatina 166.
— Endocarditis als Komplikation eines Erysipels 706.
— 702.
Jackson 549.
Jacobsohn 681.
Jacontini, G., Eine seltene Aufeinanderfolge infektiöser Krankheiten 168.
Jacquard 158.
Jacquet 82. 317. 318.
Jaddassohn, Ein Syphilid mit bemerkenswertem klinischen und anatomischen Befund 658.
— Ein seltenes Syphilid der Haut 678.
— Bubonulus syphiliticus 677.
— Fall mit spontanem, multiplem Keloid 677.
— Fall von multiplen, kleineren und größeren Mollusca contagiosa 678.
— Primäraffekt in der Unterbauchgegend 679.
— Pityriasis rosea 679.
— 117. 128. 311. 329. 428. 433. 488. E.-H. 60. 61.
Jahn 409. 412.
Jamieson, N. A., Einige Fälle seltener Formen von Hautkrankheiten 689.
Jamieson, N. A., 374.
Janet 283. 337.
Jani 339.
Janowsky 464.
Jarisch, Zur Lehre von den Hautgeschwülsten 317.
— Über Ekzem 546.
— 317. 434. 435. 484. 493.
James, W. D., Ersatz für die Chrysarobinsalbe 385.
Jeanselme und Hallopeau, Beitrag zur Kenntnis der Eiterungen bei tertiären Syphilomen der Nasenhöhle 81. 261.
Jelleffe, Morbus Addisonii 445.
— Molluscum contagiosum 445.
Jenner 496.
*Jessner, 66. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien vom 24. bis 30. September 1894 423. 493.
— Therapeutische Neuigkeiten auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und Syphilis 42.
— Beziehungen innerer Krankheiten zu Hautveränderungen 490.
— Referate 29. 30. 43. 44. 45. 46. 48. 49. 51. 52. 54. 56. 57. 58. 59. 62. 63. 64. 110. 111. 114. 115. 116. 156. 157. 158. 159. 160. 163. 165. 167. 168. 169. 170. 172. 208. 209. 210. 220. 221. 220. 223. 224. 264. 265. 266. 267. 271. 273. 275. 276. 314. 315. 316. 317. 339. 340. 378. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 394. 396. 447. 456. 459. 461. 462. 463. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 519. 520. 521. 525. 526. 527. 528. 530. 531. 532. 544. 546. 547. 561. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 573. 576. 577. 578. 580. 582. 584. 587. 634. 635. 648. 551. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 679. 695. 696. 697. 698. 699. 702. 703 704. 705. 706. 707. 709. 710. 714.
— 65. 488. 555.
Jewett, Scabies 550.
Ihinari, W., 651.
Ihle, M., 375. 376.
Ikoff 126.
Injasewsky 385.
Inna, von 349.
Joachimsthal G., Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der Spina bifida occulta mit lokaler Hypertrichosis 521.
Joelsohn, B., Über die Erkrankung des Gefäßsystems bei Lepra 265.
Joest 413.
Johnston, H. P., Scharlachfieber mit Rückfall am 17. Tage 166.
— J. C., Ein Fall von Xanthoma diabeticorum 336.
Jolles, Adolf, Erfahrungen über den Wert der meist gebrauchten Proben

für den Nachweis von Zucker im Harn 499.
Jolly, Syphilis und Aphasie 438.
Jones, T., Die Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüsenextrakt 458.
— 296. 298. 386.
Jooss, Karl, Über den Ursprung des Pigments in melanotischen Tumoren 562.
Joseph, Urticaria pigmentosa 203.
— Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 454.
— 70. 203. 206.
Joullié, Erythema nodosum im Verlaufe einer Diphtherie 461.
—, Isaac, 113. 140. 203.
Israel 523.
Israelsohn, J., Ein Fall von recidivierender, symmetrischer lokaler Asphyxie der Extremitäten 564.
Isnardi und Chiasso, Fall von blennorrhoischem Rheumatismus mit visceralen Komplikationen bei einem 10jährigen Mädchen (Stuprum) 710.
Juckuff 331.
Judkins, W., Seltsame Methoden syphilitischer Inokulation 656.
Jürgens 55.
Juhel-Rénoy, Wirkung kalter Bäder bei maligner Scarlatina 166.
— Abgeschwächtes primäres Erysipel 703.
Jullien, L., Syphilis, kompliciert mit Diabetes insipidus 90.
— Über die Wirkung der frühzeitigen inneren Quecksilberbehandlung auf den Verlauf der Syphilis 91.
— Ein Zungengeschwür als Späterscheinung sekundärer Syphilis 153.
— Die frühzeitige Behandlung der Syphilis mit starken Quecksilbergaben 451.
— Glossitis secundaria tardiva 659.
— 60. 61. 446. 464.
Justus, J., Über die Blutveränderungen bei Syphilis und ihre Bedeutung in Bezug auf Diagnose und Therapie 269.

Kahn 563.
Kalindero, Die Applikation von Zugpflastern als diagnostisches Hülfsmittel bei Lepra 265.
Kamm, M., Unangenehme Nebenwirkungen von amerikanischem Heftpflaster 571.
Kaposi, Über das Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum 86.
— Noch einmal Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus 484.
— Wie lange Zeit hindurch soll die Syphilisbehandlung geführt werden? 515.
— Über die modernen Systematisierungsversuche in der Dermatologie 555.
— Demonstrationen 429.
Kaposi 11. 32. 61. 68. 80. 83. 84. 87. 101. 102. 106. 187. 207. 319. 345. 346. 352. 355. 362. 364. 365. 424. 426. 427. 428. 429. 430. 432. 433. 434. 435. 440. 441. 464. 483. 485. 486. 488. 491. 492. 493. 515. 545. E.-H. 14.
Karewski, Über einen Tumor der Scheidenhaut des Hodens und des Samenstranges 313.
Karg 223.
Karnowsky 76.
Kassowitz 208. 501.
Kattrfeld-Waldheim 48.
Kelly, Der Katheterismus der Ureteren beim Weibe 338.
Kernig 114. 547.
Key 321.
Keyes 28. 679. 680. 681.
King 169.
Kirmisson 158.
Kirstein, A., Über streifenförmige Divulsion der Haut als Begleiterscheinung schwerer fieberhafter Krankheiten 396.
Klaatsch 406.
Klebs 595. 596. 597.
Klein 303.
Klemensiwicz 502.
Klemperer, F., 491. 661. 662.
Klinedinst, J. Fr., Ein Fall von später hereditärer Syphilis mit nasopharyngealen Affektionen 59.
Klotz, H. G., Über einen Fall von Tuberculosis cutis 27.
— Die Prinzipien der Antisepsis bei der Behandlung des Ekzems 103.
— Einen Fall von multiplem induriertem Schanker 147.
— 28. 146. 251. 549.
Kluczenko 159.
*Knorr, Joh., Wirkung innerer Ichthyolgaben bei entsprechender Diät 310.
— Drei neue Harnröhreninstrumente 689.
Knox, J., 294. 303.
Koch, Komplikationen von Blennorrhoe und Chininidiosynkrasie 678.
Koch, R., 51. 153. 699.
Körbl 639.
Koebner, H., Notiz über Chlorzinkstifte 43.
— 61. 87. 214. 240. 396. 421. 434. 516.
Köhler, R., 125. 315.
Kölliker, A. v., Die Nerven der Nebennieren 494.
— E.-H. 29. 35. 36. 39. 40.
Königsdorf 241. 242. 244.
Koeppen, E.-H. 57. 58. 101.
Körner 61.
Köster, Ein Fall von Haemoglobinuria paroxysmalis, durch Quecksilberinjektionen geheilt 115.
Köttnitz, A., Über symmetrisches Auftreten von Lipomen 579.
— 580.

Kolisch und Pichler, Ein Fall von Addisons Krankheit 392.
Kollmann, A., E.-H. 40.
Koppel 47.
Kowalewski, P., Syphilitische Epilepsie 512.
— 126.
Kozerski, A., Eine neue Form des Skarifikators 564.
Kràl, F., Über den Pleomorphismus pathogener Hyphomyceten 99.
— Eine einfache Methode zur Isolierung des Gonococcus im Plattenverfahren 259.
— 255. 625. 640.
Kramer, W., Ein seltener Fall von Analtuberkulose 511.
Kraske 523. 702.
Kraus, Eugen, Zur Wundbehandlung bei Syphilitischen 64.
Krause 545. 562.
Krefting 89. 256.
Kriege 240. 242.
Kries, von 589.
Krönlein 438.
*Krösing, Rud., und Passarge, Kurt, Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen E.-H.
— 76.
*Kromayer, E., Elastische Fasern, ihre Regeneration und Widerstandsfähigkeit. Hautnarbe 117.
— Zur operativen Behandlung des Rhinophyma 686.
— 1. 2. 7. 8. 9. 171. 220. 464. 498. 499.
Krong 547.
Krukenberg 463.
Kühn 66.
Kuehne 564.
Kuestner 546. E.-H. 14. 15.
Kuh, Die Paralysis spinalis syphilitica (Erb) u. verwandte Krankheitsformen 56.
Kummer 244.
Kundrat 480.
Kurz, Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus 338.
Kuskoff, E.-H. 39. 73. 77.
Kussmaul 57.
Kuttner, Seine Behandlungsmethode der chronischen Blennorrhoe und das zugehörige Instrumentarium 313.
—, Sterilisierte Fettkörper in aseptischer Ausgufsflasche 313.
Kyrieleis 240.

Laache, S., Über Myxödem und dessen Behandlung mit innerlich dargereichter Glandula thyreoidea 393.
Lacassagne 413.
Laenneo 595.
Lamarque, H., Über die durch Influenza hervorgerufenen Komplikationen in den Harn- und Geschlechtsorganen 556.
Lanceraux 61. 320. 512.
Landois 129.
Landry 54.
Lang, Ed., Lupusfälle 493.
—, Syphilisfälle 493.
—, Aphoristische Bemerkungen zur Syphilistherapie 515.
— 54. 78. 137. 320. 433. 441. 487. 488. 491. 493.
Langer 123. 124. 396. E.-H. 14.
Langerhans, Ein Fall von Rotz 661.
— 99.
Langhans 48. 563. 658.
Lanz, A., Über die Häufigkeit und Zeit des Auftretens der Urethritis posterior bei der akuten Blennorrhoe 34.
Lassalle, Ch., Arthritis blennorrhoica et Arthrotomia 36.
Lassar, O., Melanosarkome 204. 373.
—, Das Ekzem der Chirurgen 214.
—, Zur Therapie des Melanoms 330.
—, Zur Diagnose des Lichen 373.
— 67. 104. 113. 140. 141. 203. 204. 206. 373. 374. 464.
Lauenstein, Über Torsion des Hodens 28.
— 28.
Laurenti, Symmetrische Gangrän spinalen Ursprungs nach Influenza 583.
Laveran, Über Arteriitis syphilitica mit raschem, tödlichem Ausgang 51.
Lawrie, E., Bemerkungen über einen Fall von Karbunkel, behandelt mit Excision desselben 112.
Lebreton, Infektiöses Purpuraexanthem 161.
Lecorché 321.
*Ledermann, R., Das Resorbin und seine Verwendung als Salbengrundlage 65.
—, Krankenvorstellungen 139. 203.
—, Psoriasis 140.
—, Demonstration einer für den Damm bestimmten Eisblase 376.
— 70. 71. 72. 73. 203.
— und Ratkowski, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 35. 100. 260. 325.
Lee, Henry, 62.
Lefèvre, Zur Behandlung der Zungenangiome 344.
*Leistikow, Leo, Zur Behandlung der Leukoplakie 371.
*—, Zur Behandlung mit Steinkohlenteer 422.
*—, Über Jodvasogen 541.
— 590.
Leger 409.
Legueu, Blasentumor 340.
—, Fremdkörper der Blase 506.
— und Cestan, Die operativen Indikati-

onen bei traumatischen Harnröhrenverengerungen 528.
Leichtenstern, Otto, Ein mittelst Schilddrüseninjektion und Fütterung erfolgreich behandelter Fall von Myxoedema operativum 586.
Leiter 552.
Leloir, H., Lupus und Oedema lymphangiticum 50.
—, Lupus und Anthrax 50.
—, Fliegen und Furunkel 111.
—, Die Wunden im Ohrläppchen und ihre Beziehungen zu den Ohrringen 111.
—, Über die Krätze und ihre Nebenerscheinungen 505.
— 61. 103. 164. 356. 357. 361. 364. 450. 571. 610.
Leo 463.
Lépine 385.
Leppmann 67.
Leredde, Zur Histologie der Mykosis fungoides 93. 379.
—, Lupus erythematosus und Gumma skrophulo-tuberculosum 148.
Lesser, L. v., Schweifsfufs und Plattfufs 224.
—, Ed., Über Syphilisbehandlung 514.
— 121. 207.
Letzel, Gallobromol als sekretionsbeschränkendes Mittel bei Blennorrhoe und Ekzem 385.
— 329.
Leuckart 74.
Levi 90.
Levy 686. 701.
Levy-Dohrn, M., Antwort auf die Arbeit des Herrn Professors Senator: Wie wirkt Firnissen der Haut beim Menschen? 223.
Lewin, G., Intravenöse Injektionen von Sublimat 205.
—, Krankenvorstellung 374.
—, Tafel der Anatomie der Haut 639.
Leyden, Polyneuritis mercurialis 57.
—, Blennorrhoische Mundaffektion 545.
— 55. 273. 377.
Leydig E.-H. 36. 40. 73.
Liaras, Retentio urinae, verursacht durch eine Injektion von Bleiwasser in die Urethra 705.
—, Essentielle Harninkontinenz. Rasche Heilung durch Elektricität 709.
Liebrecht, 387.
Liebreich 35. 385. 446. 589. 590. 591. 592. 593.
Lindén, K. E., Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Kalomel und salicylsaurem Quecksilber 33.
Linné, C. A. 403.
Litten, M., Endocarditis et Chorea blennorrhoica 327.
— 378. 701.
Lode, A., Über die Physiologie der Samenbläschen 500.
Loeb 709.
Loeffler 110. 180. 187. 316. 699.
Loehr, Schwere Lues 314.
—, Über die Erfolge intravenöser Sublimatinjektionen bei Lues 314.
Löwe 581.
Löwit 196.
Lohnstein, H., Über mechanische Behandlungsweisen der chronischen infiltrierenden Urethritis 711.
— Ichthyol bei Erkrankungen des Urogenitalsystems 713.
Lombroso 407. 413.
Longfellow, R. C., Die Symptomatologie der hereditären Syphilis 59.
Lookwood, Infektion der Hautwunden und Desinfektionsmethoden 221.
Loos, Über Infektion von Kostkindern und Kostfrauen mit Syphilis 546.
Lorand, A., Mitteilungen über die Lepra in Schweden und Norwegen 508.
Lortail, E., Transplantation tierischer Haut und Schleimhaut auf menschliche Wunden 562.
Loubeau, E., Urethralverengerung beim Weibe 705.
Loumeau, Zwei Fälle von Urethralstriktur 528.
Lubarsch 499.
Luca, de 88. 89.
Ludwig 331. 589.
Lucasiewicz 137.
Lunin, Über drei Fälle von Kehlkopferysipel 114.
Lustgarten, Acne pilaire cicatricielle 251.
—, Dermatitis herpetiformis 251.
—, Mykosis fungoides 548.
— 28. 147. 548. 549. E.-H. 56. 58. 100
Lutaud, Behandlung des Herpes und der Folliculitis vulvae 152.
Lutz, A., Leprophobia 648.
Lydston, G. F., Urethrale und genitale Reflexneurosen; Urethralneuralgie und Hyperästhesie; Hyperästhesie und Neuralgie der Hoden 525.
—, Ein einfacher Ratschlag, um das Urinieren den Patienten mit künstlicher suprapubikaler Urethra zu erleichtern 692.

Macaigne und Tollemer, Synovitis blennorrhagica suppurativa 710.
Mackenrodt 500.
Mackenzie, St., Über das Wesen der Urticaria 37.
Madelung 546.
Maggi, B., 656.
Magliano, Über einige Transplantationen mit Gewebe des sogenannten primären

idiopathischen Sarkoms der Haut auf eine sekundäre Eruption derselben 454.
Magnol und Sacaze, Behandlung der Hirnsyphilis mit Einspritzungen von Oleum cinereum 274.
Majocchi, Trichomykosis nodularis 93.
— 80. 84. 87. 89. 284. 285. 616. 622. 623. 624. 625. 626.
Malachowski 97.
Mall, E.-H. 13. 23. 27. 39. 40. 41.
Malassez 76.
Manchot, Ein Fall mit hämorrhagischer Diathese bei einem Morphinisten während der Entziehungskur 315.
— 402 E.-H. 7. 9. 10. 11. 17. 26. 32. 42. 43. 45. 50. 57. 62. 101.
Mandl, M., 126.
Manges, M., Cylindroide oder sogenannte Mucinfäden im Urin, 115.
Manley 146. 253.
Manning, Hautausschläge infolge von Septikämie nach Scharlach und Diphtherie 574.
Mannino 91.
Mansuroff 76.
Manteuffel, W. Z. von, Über die Wirksamkeit und den Beistand „der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra“ 46.
Maragliano 518.
Marestang, Lepra und Morvansche Krankheit 49.
Marfan, Über Ekzem im Säuglingsalter 696.
Marianelli, Klinischer und histo-pathologischer Beitrag zum Studium der Keratosis follicularis (Psorospermosis follicularis Darier) 40.
—, Histologischer Vergleich zwischen der Balanoposthitis ulcerativa und dem Ulcus venereum der balano-präputialen Schleimhaut 40.
—, Über das Trichophyton tonsurans, 459.
— 100.
Mariasches, C. J., Urethralstein 527.
Marie, Pierre, Die Medullarsyphilis, besonders vom klinischen Standpunkt 54.
Markiewicz 204. 378.
Martial 404.
Martin, H., 327. 409.
Martinotti, G., E.-H. 43. 57. 101.
Marx, Untersuchungen über den Patellarreflex, insbesondere bei Lues, 212.
— 322.
Maquenne und Taine, Dijodoform 45.
Massazza 583.
Massolongo, Fall von kongenitaler, fötaler Nierensyphilis 92.
Matteis 83.
Mauriac, Wie die spezifische Behandlung und die Prophylaxe der Syphilis beschaffen sein muſs 515.
Mayer 5. 10.
Mazza 63.
Méguin 249. 643.
Meissner, Präparat von Melanosarkom 373.
Melcher 510.
Mendel, Laryngitis syphilitica tertiana 95.
—, Glossitis syphilitica in Form von Leukoplasia lenticularis 249.
— 56.
Mendelsohn, M., Zur Therapie der harnsauren Diathese 116.
Méneau, Ein Fall von Lichen simplex acutus generalisatus 153.
—, Ein Fall von ungewöhnlicher Übertragung der Krätze 452.
—, Über die Behandlung der Psoriasis mit innerlicher Anwendung von Schilddrüsenextrakt 452.
Menetrier E.-H. 15.
Menière 127.
Menzi, Die Hautgangrän bei Masern 576.
Meredith, Röteln 576.
Menzies, J. D., Thyreoidextrakt in einem Falle von Ekzem 698.
Mesnil, du, 241. 322 E.-H. 9. 12. 15. 17. 25. 61. 72. 93. 97.
Meyer 377.
Meyer, Ad., Zur Frage der Narbenkontraktion bei Transplantationen nach Thiersch 562.
Meyer, W., Ulcus am Ausgange des linken Ureter tuberkulöser Natur 634.
*Mibelli, V., Über die Behandlung der Urethritis blennorrhoica mittelst Ausspülungen mit Kalium permanganicum; Demonstration einer doppelläufigen Kanüle von Dr. G. Vanghetti zu Urethralirrigationen 283.
—, Trichophytia blepharo-ciliaris (Blepharitis trichophytica) 615.
—, 402. 589. 598. E.-H. 9. 57.
Michael, Zur Behandlung des Anasarca 28.
Michelacci 39.
Michele, de, 420. 460.
Miculicz 545.
Miethke, 76. 360. 330. 361. 362. 364. 365.
Miller, J., 510.
Milligan, Fall von syphilitischer Reinfektion 267.
Millo 561.
Millon, R., Zur Ätiologie der gewöhnlichen Dermatosen des Kindesalters 560.
—, Hauterscheinungen und Ernährungsstörungen beim Kinde, 560.
Misallié 247.
Mitvalski 496.
Modlinski, P., Beiträge zur Chirurgie der Ureteren 688.
Modrzejewski 240. 242.
Möbius 437. 438. 586.
Möller 501.
Moerner 563.

Molinié, Adenitis der mittleren Regio suprapubica nach Ulcus venereum 111.
—, Varicen der Regio suprapubica 396.
—, Über die Urethralausspülungen mit Lösungen von Kalium permanganicum bei Blennorrhoe 712.
— und Escande, Tertiäre Glossitis und doppelte Labialitis 273.
—, Tertiäre Syphilis der Mamma 273.
—, Über einen atypischen Fall von Psoriasis 457.
Monnier, Karbolgangrän 46.
Monro, T. K., Ein Fall von Raynaudscher Krankheit. Lokale Asphyxie mit Gangrän im frühen Kindesalter 565.
Montgomery, D. W., Lepraerythem mit riesenzellenähnlichen Gebilden, welche den bei Tuberkulose gefundenen Riesenzellen etwas ähnlich sind 648.
—, Ein Ulcus elevatum des Gesichts 659.
Morau, Pikrinsäure in der Behandlung des Epithelioma 576.
Moreau, Lupus 266.
Moreira, J., Zur Ätiologie der Syphilis maligna praecox 658.
Morel-Lavallée, Kann jemand den Tripper übertragen, ohne ihn selber zu haben? 529.
Morgagni 512.
Morosow, P., Zwei Fälle von spontaner Gangrän 210.
Morris, M., Der gegenwärtige Stand der Lichenfrage 100.
—, Die Hautkrankheiten 106.
— 79. 80.
Morrow, Ein Fall von Telangiektasie von ungewöhnlicher Entwickelung 146.
—, Ein Fall zur Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose 147.
—, Xanthoma tuberosum 391.
— und Elliot, Naevus mollusciformis 251.
— 28. 547.
Morton, A. Ausschlag infolge Gebrauchs von Sandelholzöl 333.
—, H., Drei Fälle von Raynauds Krankheit 381.
—, Elephantiasis telangiectodes 443.
—, Ein Fall zum Diagnostieren 444.
—, Hodentuberkulose 445.
—, Fall von seitlicher Verbiegung des Penis 549.
—, Fall von neurotischem Ekzem 550.
—, Ein Fall von Seborrhoea capitis 637.
—, Ein Fall von Raynaudscher Krankheit infolge von chronischer Schrumpfniere 637.
—, Ein Fall ohne Diagnose, 638.
—, Ein Fall von syphilitischer Psoriasis 638.
— 444. 445. 549.
Morvan 49. 165. 315.
Moscato, P., Chronische Malaria. Konsekutive partielle neurotische Melanodermie 391.
Moses 241. 244.
Mosher, Ein syphilitischer Tumor am Bein, welcher als melanotisches Sarkom diagnosticiert worden war 637.
— 444. 549.
Mourek, H., Ein Beitrag zur Lehre von der Dermatosis Dariers 97.
Moussous, A., Meningo-Encephalitis syphilitica bei einem Kinde von fünf Jahren 53.
Moussu 130.
Mraček 159.
Müller 226. 499. 501. E.-H. 27. 36. 40. 59. 100.
Müller, C., Referate, 41. 44. 49. 51. 52. 59. 62. 63. 112. 113. 114. 154. 155. 157 159. 161. 162. 165. 166. 167. 170. 172. 219. 222. 265. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 286. 338. 340. 343. 344. 384. 389. 391. 393. 395. 396. 421. 453. 454. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 508. 513. 514. 515. 518. 520. 521. 528. 529. 532. 560 562. 566. 568. 571. 572. 578. 579. 580. 581. 583. 585. 628. 651. 653. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 696. 700. 703. 704. 705. 706. 709. 710. 713.
Müller, G. J., Zur Behandlung der Syphilis mittelst hochdosierter Injektionen von Sublimat 683.
—, H., Über die Einwirkung von Gallobromol auf die Blennorrhoe 329.
—, E.-H. 34. 73.
Müllerheim 69.
Munn, J. Mac, Blennorrhoische Urethralstriktur bei einem Kinde 710.
Mutschnik, Erythromelalgie 573.
Myrdarz, Das Ichthyol gegen Exkoriationen der Füfse 569.

Nagasaka 105.
Nageotte-Wilbouchewitch, Die antiseptische Behandlung der Verbrennungen 162.
Nannotti, Erysipel und Tuberkulose 114.
Nash 146
Nasse 204.
Nathusius, W. v., Die Fibrillen der Hornzellen der Haare und die Beziehungen der Pigmentkörperchen zu denselben 219.
Neebe, Erwiderung auf Prof. Picks Erklärung 588.
—, Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe nach Dr. Oberländer und das Elektrourethroskop Oberländers 711.
—, Referat 645.
— 555. 625.

Neelsen 218.
Neisser, Der gegenwärtige Stand der Lichenfrage 78. 257.
—, Demonstrationen 545.
—, Über Hebrasche Prurigo 573.
— 76. 80. 81. 84. 138. 259. 311. 373. 395. 433. 464. 484. 485. 486. 488. 530. 531.
Nelson, W. M., Erfolgreiche Entfernung von Schiefspulverkörnchen aus der Haut, 518.
Nencki 257. 563.
Netter und Raymond, Veränderung der Zungenoberfläche bei einzelnen Influenzaepidemien 172.
Neuberger, Mitteilungen über die Ehrlichschen Mastzellen 207.
—, Zur Therapie der Furunkulose 211.
Neuhaus, Referate 64. 113. 161. 163. 164. 166. 219. 266. 271. 338. 341. 342. 389. 453. 507. 519. 524. 525. 528. 530. 531. 558. 568. 570. 583. 586. 646. 652. 708. 710. 712. 713.
Neumann, H., Heilung eines Falles von Addisonscher Krankheit; Bemerkung über die regenerative Hyperplasie der roten Blutkörperchen 582.
—, J., Demonstration von Syphilis- und Lichen-Fällen 29.
—, Pityriasis rubra pilaris 483.
—, Demonstrationen 491.
—, Über aphthöse Schleimhautgeschwüre und konsekutive Hautkrankheiten 429.
—, Über Syphilis der Parotis und der Glandula sublingualis 551.
—, Über die Beziehungen der Syphilis zu physiologischen und pathologischen Zuständen 654.
— 352. 355. 364. 427. 429. 431. 433. 435. 443. 483. 487. 488. 491. 516. 613. E.-H. 18.
Neusser, Über Blutveränderungen bei uratischer Diathese 497.
Newth, A. H., Die syphilitischen Geisteskrankheiten 52.
Nicoll, Rolle des Cystoskops in der Chirurgie 524.
—, Gewisse Gesichtspunkte zur Sicherstellung der Diagnose auf Syphilis 655.
Nicolle und Thiercellin, Vaccine-Impfung und Exanthem, 169.
— 256.
Niedder 518.
Nieden 10.
Nielsen, C., 343.
— 539. 540. 541.
Nielsen, L., Referat 714.
Niemann, Cl., Kneipp und seine ärztlichen Jünger, eine Kritik der neuen Wassermode 559.
Nitze, Demonstration 436.
Nobl, Meningomyelitis luetia 274.
—, Dermatitis favosa 430.
Nolen 709.
Noman, Haren, 464.
Nonne und Arning, Weiterer Beitrag zur Klinik und Anatomie der Neuritis leprosa 264.
Nothnagel 483.
Novy, Ein neuer anaerober Bacillus des malignen Ödems 699.
Noyes 598.

Oberländer 314. 711.
Obermayer 561.
Oberndorfer, Ein Fall von syphilitischem Schanker der Tonsille 634.
Oedmansson 60. 464.
Oehme 461.
Oehrn und Sederholm, Lepra in Schweden 508.
Oesterreicher 113.
Ohmann-Dumesnil, Zona oder Herpes zoster 164.
—, Plica polonica 344.
—, Alopecie 459.
—, Die gewöhnlichen tierischen Parasiten der Haut 519.
—, Cornu unguale 579.
—, Spontanes Keloid 579.
—, Referate 510. 647. 648.
— 518.
Olszewski, Gegen Schweifse 224.
Opitz 126.
Oppenheim, H., Über syphilitische Spinalparalyse 275.
— 55. 126. 274.
Orcel 531.
Ordonnez, E.-H. 37. 40.
Oro, Klinische, histologische und bakteriologische Untersuchungen bei Sklerodermie 90.
— und Ducrey, Beitrag zur pathologischen Histologie, Ätiologie und Pathogenese des Condyloma acuminatum 578.
Ostroumoff 385.
Otis 253.
Oudin, Die Anwendung starker elektrischer Ströme in der Dermatologie 458.
Ozenne, Fall von cerebralem Syphilom, kompliciert mit Glykosurie 89.
— Ein Fall von Hirnsyphilis und Diabetes 451.

Pacin 243.
Padula 85.
Pässler, Akute Bleivergiftung bei Ekzem nach Behandlung mit Diachylonsalbe 389.
Paget 74. 82. 154.
Paltauf 84. 209.

Panas, Harter Schanker der Augenlider 657.
Park, R., Unguis incarnatus und andere Erkrankungen der Nägel 569.
Parker 112.
Parkin, Über zwei Fälle von chronisch entzündlicher Erkrankung der Samenbläschen nach Blennorrhoe 532.
Paschkis, H., Antipyrinexanthem 567. — 432. 442.
*Pasarge, Kurt und Krösing, Rud., Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen E.-H.
Pasteur 502. 699.
Paul, F. T., und Caton, R., Bemerkungen über einen operativ behandelten Fall von Akromegalie 581.
Paulini 409.
Pawlowsky, A. D., Über parasitäre Zelleinschlüsse in sarkomatösen Geweben 577.
Payne, J. F., Über persistierendes Erythema und seine Behandlung 215.
Peckham, Erysipelas genitalium durch eine inficierte Salbe hervorgerufen 703.
Pelikan 413.
Pellizzari, C., Drei ziemlich seltene Fälle von Syphilis 634.
— Betrachtungen über einige Leprafälle 39.
— Über Area Celsi 41.
— Versuche zur Abschwächung des Syphilisgiftes 92.
— Die Prostitution in Italien 155.
— Eine verfehlte Reform, betreffend den Bericht von Prof. Tarnowsky über die Prostitution in Italien 155.
— 622. 623. 626.
— 39. 63. 83. 87. 89. 91. 512.
Penrose, Pemphigus malignus 457.
Périer, E., Die Behandlung der Syphilis der Neugeborenen 260.
Perrin 610.
Perl 493.
Peroneito, Pustula maligna 112.
Peroni, Eine neue Behandlungsmethode bei verspäteten syphilitischen Erkrankungen 266.
— 583.
Perotte 390.
Perrero, Polyneuritis syphilitica 274.
Perroud 126.
Perry 375.
Petersen, Beziehungen der Syphilis zur allgemeinen progressiven Paralyse 275.
— 47. 84. 89. 90. 136. 256. 378. 464. 547.
— O., Über extragenitale, syphilitische Infektion 656.
Petri 253. 254. 323.
Petrini, Erythematös-tuberkulös-krustöses Syphilid des Gesichts, kompliziert mit angiolithischem Sarkom (Psammom) des Gehirns 269.
— Kleinpapulöses Syphilid, nebst lupöser Infiltration 270.
— Gummöses, ulceriertes Syphilid der Unterlippe und Pseudogummata syphilitica der Haut 270.
Pfaff 411.
Pfeiffer, Emil, Vier Fälle von Cystinurie bei vier gesunden Geschwistern 688.
— 76. 116. 169. 254. 323. 563. 701.
Pfeuffer, E.-H. 27. 28.
Philippi, Referate 221. 223. 309. 342. 386. 388. 395. 445. 455. 482. 518. 521. 550. 569. 572. 574. 638. 647. 651. 659. 660. 695.
Philipps, Leslie, Schilddrüsennahrung bei Hautkrankheiten 221.
— Zur internen Behandlung des vesikulösen Ekzems 698.
— 387.
Philippson, L., Eine Form von Erythrodermia exfoliativa (Besnier-Doyon) 111. 382.
— 94. 154. 240. 241. 244. 318. 355. 366.
— A., Wesen und Behandlung der Acne vulgaris 112.
Picchini und Conti, Die Toxicität des Urins in einigen Fällen von Anämie 338.
Pichevin, Hygiene und Prophylaxe der uterinen und der periuterinen Erkrankungen 260.
Pichler und Kolisch, Ein Fall von Addisons Krankheit 392.
Pick, A., Ein antiseptisches Streupulver 386.
— Friedel, Zur Kenntnis der cerebrospinalen Syphilis 53.
— J., Urticaria perstans 30.
— Lues serpiginosa et ulcerosa 30.
— Hautveränderungen, ähnlich der Ichthyose 30.
— Über eine neue Hautkrankheit 426.
— Der augenblickliche Stand der Dermatomykosenlehre 555.
— 76. 223. 427. 428. 431.
Pieniaczek 498.
Piffard 76. 250. 304.
Piffault, Über das Angiokeratom 581.
Pilatt, Digitalis in der Behandlung von Erfrierungen 162.
Pileur, Le, 260.
Pilliet 242. 243.
Piltz, Einige Worte zu „Ein Beitrag zur Kenntnis der Jodoformdermatitis von Matschke“ 571.
Pitres 265.
Pitts, R. N., Eine Methode, mittelst medikamentöser Tampons die beginnende Blennorrhoe zu kurieren 342.
Platonnow, J. J., Zur Frage über die

allgemeine progressive Paralyse der Irren und ihre Behandlung bei den Syphilitikern 275.
Plinius 404.
Ploss 413.
Podack, Über zwei Fälle von Masern-diphtherie 316.
Politzer 459.
Pomorski 240.
Ponfick 700.
Pooley, J. H., Ein Fall von Molluscum fibrosum 106.
Popescu, Über einen interessanten Fall von Syphilis 657.
Porter, Beobachtungen über Pocken 167.
Posadski 240. 241.
Posner, Über kryptogenetische Cystitis und Pyelitis 494.
*Pospelow, A., Ein Fall von Diabetes insipidus und Myxoedema syphilitischen Ursprungs 125.
*— Weitere Beobachtungen über die Behandlung des Myxoedema 537.
— 76. 714.
Potain, Syphilis und Tuberkulose der Lungen 271.
— 158.
Potterin, Die Behandlung des Herpes tonsurans mit dem ameisensauren Aldehyd 248.
Powers 253.
Pratt 695.
Prauce, G., 299.
Prautois, Über Modifikationen des Ausschlags im Verlauf der Variola 167.
Preiss 126.
Prengrueber, Eine experimentelle Syphilisimpfung beim Menschen 267.
Pringle 374. 464.
Prochoroff 385.
Proust, Pustula maligna 112.
Purtscher, Über Mikrophthalmus mit Cystenbildung im obern Lid 496.
Puschmann, Zur Prostitutionsfrage 155.
Putnam, Fälle von Myxödem und Akromegalie, behandelt mit der Schilddrüse vom Schafe 394.
Pye-Smith, Auszug aus einer Ansprache über die Beziehungen der Dermatologie zur allgemeinen Medizin 448.

Quincke, H., Defluvium capillorum subitum 456.
— Dermatitis artificialis tarda 456.
— 501. 695.
Quinquaud 83. 142. 217. 256. 318. 435.

Rabl, E.-H. 37. 40.
Rake, G., Die Frage der Verbreitungsweise der Lepra 510.
Rake, Bericht über Lepra und das Leprasyl auf Trinidad im Jahre 1892, 646.
Ransom, W. B., Die Prognose und Behandlung der Aktinomykose 462.
Ranvier 3. 196.
Raschig 46.
Rathke 706.
Ratkowski und Ledermann, R., Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 35. 100. 260. 325.
Rauzier 165.
Raven, Th., Myxödem mit Schilddrüsentabletten behandelt 587.
*Ravogli, A., Die Ätiologie der Pagetschen Krankheit 74.
— Psorospermosis cutis 81.
— Über die Perspiration bei universellem Ekzem 695.
— Die Behandlung des Ekzems 697.
Raynor, Ichthyol bei Ekzem 698.
— 81. 84. 91. 445. 550.
Rayer 239. 321.
Raymond, P., Wann die Wiederimpfung der Kinder stattfinden soll? 170.
— Progressive Muskelatrophie bei Syphilitikern 270.
— 203.
— und Netter, Veränderung der Zungenoberfläche bei einzelnen Influenzaepidemien 172.
Raynaud, L., Pleuritis syphilitica 152.
— Ein Fall von „Vagabundenkrankheit“ 152.
— Ein Fall von schwerer Syphilis mit Fieber, hysterischen Symptomen und Rippenfraktur 268.
— Über syphilitische Pleuritis 660.
— 142. 381. 565.
Reale 583.
*— und Ducrey, Experimentelle Untersuchungen über Pityriasis versicolor und Erythrasma 85. 414. 460.
Reboul 610.
Rechler, Karbolgangrän 389.
Recklinghausen 239. 240. 241. 327. 481. 595. 596. 597. 598. 609.
Reclus, Dermoidcyste des Scrotums 520.
— Fall von umfangreichem, behaartem Naevus 520.
Reff, Zur Kasuistik der Arzenei-Exantheme 568.
Régis 58.
Reichel, P., Die Entstehung der Mifsbildungen der Harnblase und Harnröhre 705.
Reichel 414.
Reichert, E.-H. 36. 40.
Reinhold 437.
Reiniger 687.
Reisner, Arthur, Zur Verbreitung und Behandlung der Lepra 47.
— A., Über das Vorkommen von Nerven in spitzen Kondylomen 98.

Reizenstein 319.
Remak 57.
Renard, M. F., Beitrag zur Lehre von der Knochensyphilis der Kinder 271.
Rendu, Hautödem durch Nerveneinfluſs 157.
— Herpes zoster und Tuberkulose 572.
— Zur Differentialdignose zwischen Syphilis und Tuberkulose 655.
— Differential-Diagnostik zwischen Lungensyphilis und Lungentuberkulose 661.
Respighi, Über die Umbildung der Naevi in maligne Tumoren 507.
Reverdin 222.
Rey, A., Phagedänischer und gangränöser Schanker mit starker Hämorrhagie infolge Zerstörung der Arteria dorsalis penis sinistra 527.
Richardière, Die Pocken bei Tuberkulösen 167.
— Über Tripperrheumatismus bei Kindern 710.
Richardson 134.
Richter 140.
Ricketts, B. M., Kasuistische Mitteilungen 150.
Ricochon, Über die Pathogenese der Scarlatina 165.
Ricord 655. 656.
Rieder, Ein Fall von Morvanscher Krankheit 315.
Riehl, Über Endotheliom der Haut 434.
— 117. 118. 464.
Rille, Aktinomykose 488.
Rindfleisch, Eine luetisch und tuberkulös erkrankte Lunge 495.
Rinecker 55.
Roberts, L., Ein Modus, multiple Xanthome zu behandeln 217.
— Die Elektrolyse bei Acne vulgaris 218.
Robin 452.
Robinson, Fall zur Diagnose 549.
— 412.
Rocher, B. du, Verbesserungen in der Cystoskopie. — Ein neues Cystoskop 341.
— Über einen Fall von Sklerodermie und deren Behandlung 584.
Rochon, Über syphilitische Pleuritiden 271.
Roger, Erysipel und Pneumonie 703.
Rokitansky 239. E.-H. 26.
Rolland, Syphilitischer Schanker an der inneren Fläche des unteren Augenlides 657.
Rollet 329. 386. E.-H. 37, 40.
Romberg 59.
Rosen, H. v., Über die Pellagra in Russland, 159.
Rosenbach, Über die tieferen eiternden Schimmelerkrankungen der Haut und über deren Ursache 559.
— 625. 702.
Rosenberg, Primäraffet der Tonsille 544.
— Stenose des Larynx 544.
— Beginnende Stenose des Larynxeinganges auf luetischer Basis 544.
Rosenthal, O., Erythema bullosum, 206.
— Über Oesypus 329. 375.
— Adenoma sebaceum 374.
— 60. 92. 140. 373. 376.
Roser, 136.
Rosinski, Über die Fourniersche Lehre von der hereditären Infektion, 208.
Roth, W., 126. 133. 538.
Rothe 407. 408. 412.
Roussel, A. E., Ein Fall von Syphilis maligna mit tödtlichem Ausgange 658.
Roux, G., Über Peptonurie und ihre Beziehungen zur Albuminurie 115.
Rückhard E.-H. 36. 37, 40.
Ruete 169.
Rumpf 28. 53. 55.
Russell, J. R. 287. 303. 563. 564. 598. 599.
Rutkowski, Jodkaliumexanthem 571.

Saalfeld Acne varioliformis 139.
— 68. 126. 140. 204.
Sabatier 558.
Sabouraud, Verschiedene Formen der menschlichen Sykosis, von Vögeln herrührend 249.
— Les Trichophyties humaines 640.
— 100. 142. 625. 626. 627. 628.
— und Fournier, Pityriasis versicolor mit dem Aussehen eines Kindersyphilids 249.
— Mykosis versicolor bei kleinen Kindern 343.
Sacaze und Magnol, Behandlung der Hirnsyphilis mit Einspritzungen von Oleum cinereum, 274.
Sack, A., 117. 123. 358 E.-H. 60.
Sandstrem 130.
Santi 93.
Sapiejko, Behandlung der Harnröhrendefekte durch Transplantation von Schleimhaut 560.
*Savill, Th. D., Zweiter Beitrag über eine epidemische Hautkrankheit 80. 287. 382.
— 476. 478. 482.
Scarenzio, Jahresbericht (1893) über die Staatspoliklinik für venerische Krankheiten in Pavia 384.
— Der gegenwärtige Stand der Hämotherapie, sowie der intravenösen Sublimatinjektionen bei konstitutioneller Syphilis 63.
Schabert 461.
Schall 687.
*Scharff, P., Über die Verwendbarkeit der Schleichschen Infiltrationsanästhesie in der Praxis des Dermatologen 133.

Scharff, P., Die Behandlung der blennorrhoischen Nebenhoden- und Hodenentzündungen mit elektrischen Strömen 687.
— 211.
Schede, Ein torquierter Leistenhoden 28.
— Demonstration eines tuberkösen Hodens mit zugehörigem Samenstrang nebst Samenblase 29.
— 28.
Scheinmann 125. 544.
Schering 502.
Scherzer 405.
Scheyer, A., Über zoonotische Dermatose und Stomatitis. Ein Beitrag zur Übertragung der Maul- und Klauenseuche auf den Menschen 685.
Schichareff 385.
Schiefferdecker E.-H. 39.
Schierbeck 331.
Schiff, Neuere therapeutische Versuche. I. Operative Behandlung des Lupus vulgaris 440.
— Über Kollasin 442.
— 80. 91. 429. 442, 464.
Schiffers, Harter Schanker auf der Tonsilla lingualis 268.
Schinzinger 45.
Schirren, C., Über Reinfectio syphilitica 683.
Schlagenhaufer, E., Finger und Ghon, Beiträge zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses 253. 322.
Schleich 133. 134. 135. 136. 138.
Schlesinger 501.
Schmidt, A., Zur Blutlehre 558.
— 226. 227. 228. 319.
— M. B., E.-H. 18. 19. 20. 21. 25. 62. 71.
Schmidt, J. J., Über Anwendung des Thioforms 389.
— Alex, Erysipel und Blennorrhoe 532.
Schnitzler, Julius, und Ewald, Karl, Zur Technik der Hauttransplantation nach Thiersch 222.
Schöbb, J., Vorläufige Richtigstellung der gegen meine Arbeit über Cornua cutanea gerichteten Angriffe Mitvalskys 554.
Schotten, Über Myxödem und seine Behandlung mit innerlicher Darreichung von Schildrüsensubstanz 585.
Schrevens, Über Atiologie und Prophylaxis der Variola, 167.
Schubert, Fall von Hirnabscefs 439.
Schuchardt, 339.
Schütte, Xeroderma pigmentosum 214.
— 140. 141.
Schütz, J., Ein Fall von einem sog. wahren Keloid, kombiniert mit Narben-552. keloid.
— 356. 362. 364. 402. E.-H. 60. 102.
Schütz, R., Ätiologische Beziehungen der Syphilis 651.
Schulten 338.
Schultze, Über einen Fall von Sklerodermie bei Myelitis dorsalis 584.
— Über Leukämie 577.
— 48. 115. E.-H. 38.
Schultze, Max, E.-H. 37.
Schurig 409. 410.
Schuster 208.
Schuster, L., Bemerkungen zur Behandlung der Tabes dorsalis 684.
Schwabach 701.
Schwalbe, E.-H. 23. 24. 27. 38. 40. 42. 78.
Schwann, E.-H. 33. 37. 40.
Schwarz 461.
Schwenninger 311.
Schwimmer, E., Über Anwendung des Alumnols bei der Behandlung der Blennorrhoe 78.
— Über die Natur des Ekzems 108.
— Gangraena hysterica 435.
— 76. 80. 83. 84. 91. 101. 273. 433. 434. 464. 487. 493.
Sciolla, Bepinselungen der Haut mit Guajakol bei Tuberkulose 266.
Scribe 700.
Searles, Kuhpocken im Auge 169.
Sechi, P., Lichen planus 461.
Sederholm und Oehrn, Lepra in Schweden 508.
Sée, G. 97.
Seegen 125.
*Sehlen, von, Über die Beziehungen des Ekzems zu den Schleimhäuten 15.
— 555.
Seifert, Über die Behandlung der Psoriasis mit grofsen Dosen von Jodkalium, nebst Bemerkungen über die Jodwirkung 96.
— Über Russelsche Fuchsinkörperchen 563.
— 682.
Seiler 321.
Selberg 140.
Seligmann, L., Zur Behandlung der Sterilität der Ehe 339.
Senator 10. 223. 396. 701.
Senger, E., Über eine seltene Übertragungsart der Syphilis 211.
Séquard 36.
Servantie 125.
Servin, Fälle von doppelter syphilitischer Infektion 267.
Shaw-Makenzie, A., Zur Behandlung der konstitutionellen Syphilis 62.
Shelly, Behandlung von Masern mit Einreibung von Eucalyptus 166.
Sherwell, Eccema seborrhoicum 548.
— Kongenitale Ichthyosis 549.
— Multiple Hautgummata 549.
— Kongenitale Tylosis 549.
— Lupus erythematosus 550.

Sherwell, Ichthyosis congenita) sogenannter Harlekin-Fötus). Die Geschichte eines noch lebenden Falles 694.
— 146. 250. 251. 444. 445. 637. 638.
Sick 29.
Siegel 169.
Sigmund 656.
Simon 434.
Singer, G., Über den sichtbaren Ausdruck und die Bekämpfung der gesteigerten Darmfäulnis 560.
— 159. 561.
Sligh, M. J., Fall von jährlicher Häutung 699.
Smith 680.
Smith, F. J., Ein Fall von sog. Erythema elevatum diutinum 216.
— Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie 680.
Snell, E.-H. 293.
Snow, H., Umwandlung gutartiger Tumoren in bösartige 576.
Sobotka, J., Zur Kenntnis des Vaccineprozesses 169.
Socor, Epithelioma des linken unteren Augenlides 577.
Soffiantini E.-H. 18.
Sonnenburg, Der retrograde Katheterismus bei impermeablen Strikturen 705.
Sorenson, S., Elektrolytische Beseitigung von Haaren, Leberflecken etc. in der Praxis 521.
Souplet, Die Blennorrhoe eine allgemeine Krankheit 529.
Spek, van der, 229.
Spencer, Bellsche Paralyse bei Herpes zoster 572.
Spengler, zwei Fälle von Tättowierung oder Dyschromasia traumatica 518.
— 519.
Speranski 126. 540.
Spiegler, Über eine bisher nicht beobachtete perniciöse Hauterkrankung 428.
— Über die sogenannte Sarcomatosis cutis, 31.
— Fall von multiplen Tumoren 84. 428. 429. 442.
Spietschka, Th., Beiträge zur Ätiologie des Schankerbubo nebst Untersuchungen über das Ulcus molle 255.
Spillmann und Etienne, Familien-Syphilis 449.
Spine, A., E.-H. 73.
Squire, B., Die Behandlung der Psoriasis mit Thyreoidextrakt 458.
Ssinizin, F., Lithotripsie 210.
Stanziale, R., Histologische Untersuchungen über die luetischen Veränderungen der Hirnarterien 53.
— Luetische Veränderungen der Gehirnarterien 92.
— Intestinalsyphilis 92.
Starr, M. A., Lokalisierte transitorische Ödeme 566.
*Staub, A., Über Erythromelalgie 10.
— 566.
Steer, W., 293. 294.
Stelwagon, H. W., Bericht über die Philadelphia Dispensary für Hautkrankheiten 107.
— Ein Fall von Plica 395.
Stephensen, S., Kongenitale Trichiasis 522.
Stern 377.
Steudner 48.
Stilling 393.
Stirling, S., Seborrhoea psoriasiformis 458.
Stoukowenkow 445.
Stout, E. J., Ein Fall von Xanthoma multiplex 380.
Straub 566.
Strauch, Über einige Fälle von Prostataatrophie 209.
— Ein Beitrag zur Atrophie der Prostata 689.
Strauss, A., Referate 43. 44. 45. 46. 385. 389. 522. 711.
Stricker E.-H. 37.
Stroschein 116.
Strümpell 701.
Stuehlen, A., Epidermolysis paroxysmatica 456.
Stumpf, Über Impfschäden 495.
Sudakewitsch E.-H. 12. 13. 29. 39. 40. 42. 62. 73. 82. 95.
Sundberg, T. C., Ist die Lepra kontagiös? 647.
Surukzy 126.
Suzon, R., Ein ärztlicher Bericht aus Tananariva 35.
Swediaur 655.
Swieten, van 512.
Sydenham 501.

Taenzer, Referate 166. 455.
— 32. 119. 375. 488. E.-H. 7. 17. 25. 26. 32. 43. 50. 51. 57. 101. 102.
Taine und Maquenne, Dijodoform 45.
Talamon, Die Behandlung der Vulvovaginitis blennorrhoica 714.
— 321.
Talmey, B. S., Beitrag zur Kenntnis der gleichzeitigen Entstehung von zwei verschiedenen exanthematischen Krankheiten 574.
Tamba 651.
Tansini 650.
Tardieu 519.
Tarnowsky 155.
Tauber 210.
Tausig 159.

Taylor, Über einige ungewöhnliche Neubildungen der Vulva 144.
—, Carcinoma penis und der Leistendrüsen 253.
—, Zwei Fälle von Pemphigus mit tödlichem Ausgange 333.
—, Mitbeteiligung des Hodens bei hereditärer Lues 514.
—, Blasensteine 635.
—, Fall von gemischter bösartiger Neubildung im Testikel 691.
—, Eine bösartige Mischgeschwulst des Testikels 679.
— 145. 146. 250. 374. 485. 514. 548. 680. 681.
Tedeschi 510.
Tenneson, H., Klinisches Handbuch der Dermatologie 41.
— 143.
Theodor, F., Ein Fall von Masern unmittelbar nach Röteln 576.
Thérèse und Widal, Purpura und Streptokokkenerythem 161.
Thibierge, Behandlung der Impetigo 456.
— 446. 464.
Thiercellin und Nicolle, Vaccine-Impfung und Exanthem 169.
Thiersch 117. 120. 124. 172. 222. 428. 440. 441. 562.
Thilow 240. 241. 244.
Thin 84.
Thomalla, Über die Behandlung der Schweisfüße mit einem von mir konstruierten Schuh 224.
Thomann, Ein Fall von Verletzung der Harnröhre 528.
Thomas 115. 462. 575.
Thompson 35. 345. 393.
—, J. A., Gumma der Lunge 661.
Thompson, W., Studien über den Morbus Addisonii und über die Erkrankung der Nebennieren 391.
Thost 498.
Tobeitz, Rubeola 316.
—, Zur Kasuistik der Syphilis hereditaria 513.
Török, L., Über die Natur des Xanthoms, nebst einigen kritischen Bemerkungen über das Wesen der Tumoren 580.
— 76. 77. 318. 336. 375. 581.
Toldt 581.
Tollemer und Macaigne, Synovitis blennorrhagica suppurativa 710.
Tommasoli, P., Beitrag zum Studium des Oberhautepithelioms 153.
— 61. 63. 79. 89. 91. 110. 248. 708.
Tomsa 99.
Tordens, Erysipel der Kinder 703.
Tornow 48.
Tournay, Karbolgangrän 389.
Tousey, S., Unguis incarnatus: Cottings Operation nach Thierscher Hauttransplantation am zweiten Tage. Vollständige Heilung in acht Tagen 569.
Touton 564.
Treitel 544.
Treitz E.-H. 23.
Trendelenburg 546.
Tresling, H., Masern 575.
Trnka, Über eine neue operative Behandlung der Phimose 525.
Troisier, E.-H. 15.
Trommer 499.
Troplowitz, Argentum nitricum 532.
Troquart 112.
Trousseau, Hereditär syphilitische Periostitis der Orbita 143.
— 168.
Tschirkow, W. W., Zur Frage der „eiweißfreien" Ödeme 157.
Türkheim, Referate 37. 42. 49. 50. 53. 64. 96. 111. 112. 113. 144. 153. 153. 167. 169. 187. 249. 261. 263. 267. 268. 269. 272. 273. 274. 343. 379. 450. 452. 458. 460. 461. 505. 518. 519. 527. 530. 560. 562. 572. 577. 581. 650. 657. 659. 661. 712.
Tulasne 99.
Tullio, P. de, Beitrag zum Studium der funktionellen Magenstörungen bei Syphilis und ihre Behandlung 661.
Turner 296.
Tuttle 145.
Tyndall 343.

Ucke, A., Erysipelas ventriculi 704.
Uffelmann 461.
Uibeleisen, Zur Kasuistik tödlicher Verbrennungen 570.
Ullmann, Karl, Über die Verwendbarkeit des Europhens in der Dermatotherapie 43.
— 442.
Ulrich 208.
Ultzmann 78. 686. 689.
*Unna, P. G., Die Färbung der Epithelfasern 1.
*—, Über Protoplasmafärbung nebst Bemerkungen über die Bindegewebszellen der Cutis 225.
*—, Die spezifische Färbung des Epithelprotoplasmas 277.
*—, Die spezifische Färbung der Mastzellenkörnung 367.
*—, Elastin und Elacin 397.
*—, Basophiles Kollagen, Kollastin und Kollacin 465.
*—, Die Hand- und Fingerekzeme in der Armenpraxis 628.
*—, Zur Geschichte der Diaskopie 589.
*—, Die spezifische Färbung der glatten Muskelfasern 533.

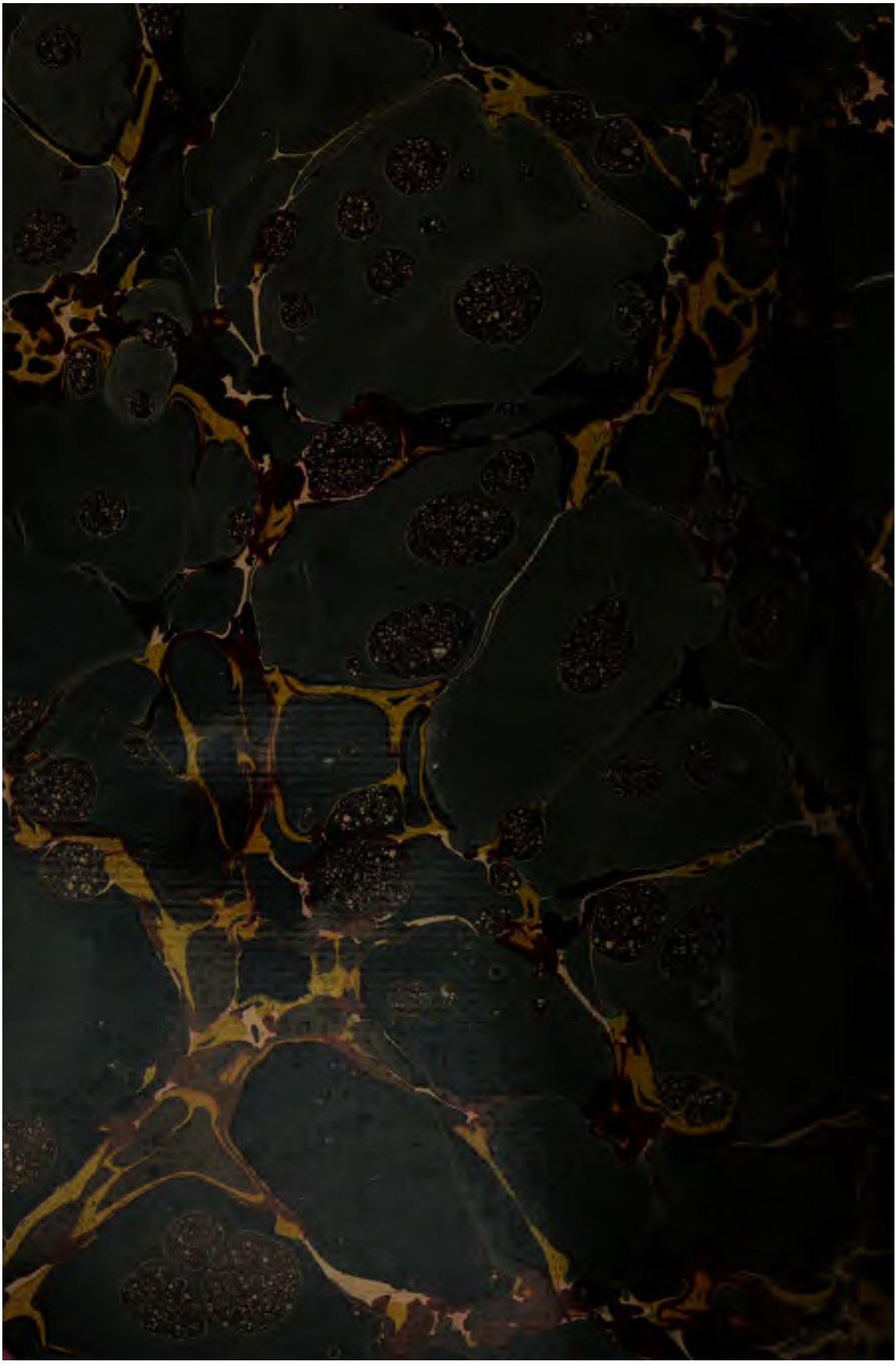
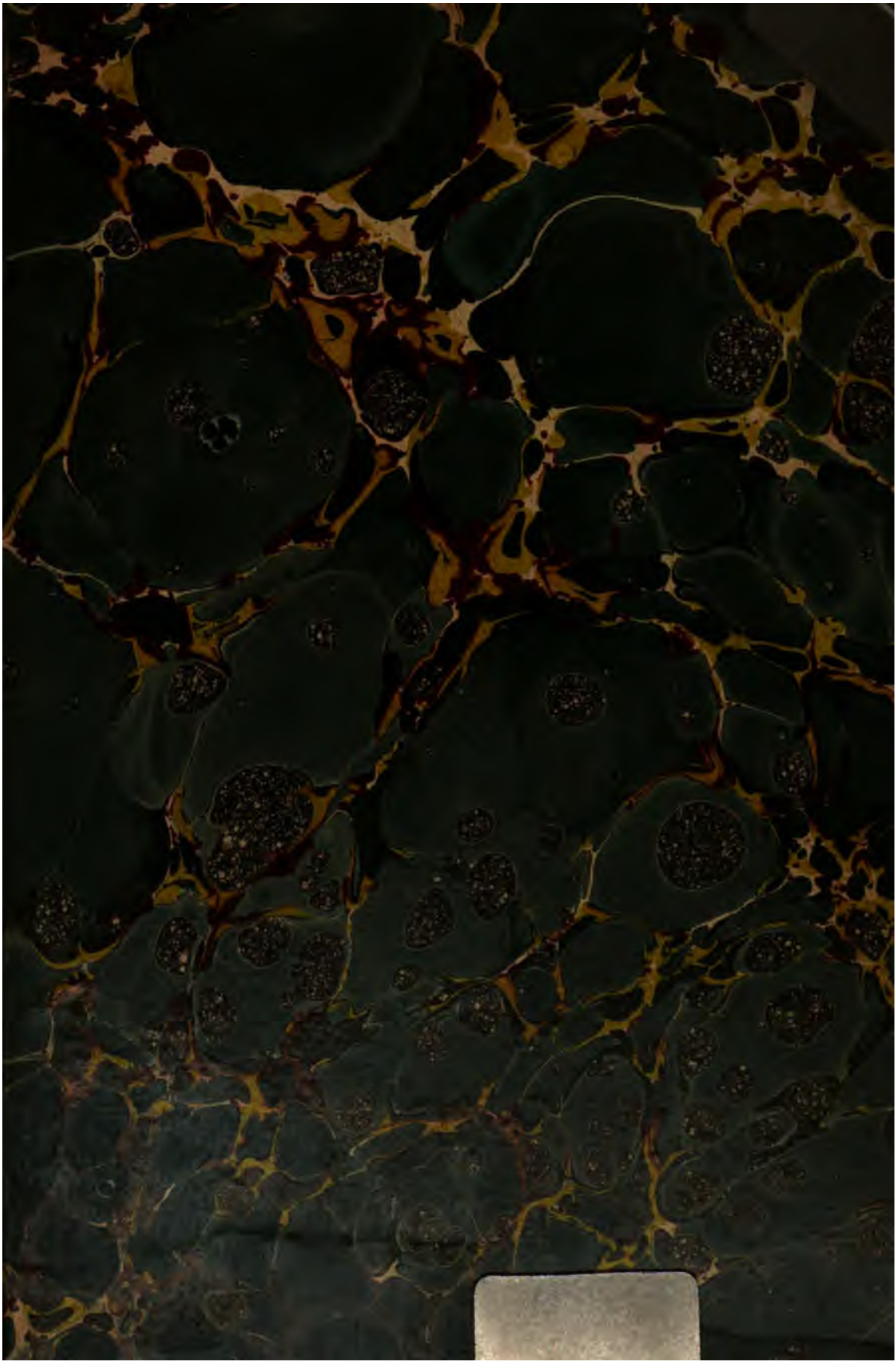
*Unna, P. G., Hyalin und Kolloid im bindegewebigen Abschnitt der Haut 595.
*—, Die Darstellung des Hyalins in der Oberhaut 663.
—, Die Diaskopie der Hautkrankheiten 170.
—, Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg 1892-1893 382.
—, Über den Einfluſs des Quecksilbers auf das papulöse Syphilid 383. 516.
—, Referate 262. 559.
— 15. 23. 25. 32. 33. 38. 70. 82. 83. 87. 88. 89. 93. 108. 110. 117. 118. 121. 151. 171. 173. 180. 203. 211. 222. 223. 251. 256. 265. 305. 306. 310. 312. 331. 332. 345. 346. 348. 349. 350. 354. 355. 356. 364. 365. 371. 397. 464. 476. 482. 488. 499. 505. 516. 555. 564. 589. 590. 591. 592. 593. 595. 663. E.-H. I, 7. 21. 23. 26. 30. 32. 43. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 65. 100. 101. 102.
Unverricht 700.

Vajda 218.
Valenti, Lupus hyperthrophicus faciei 650.
Valentin E.-H. 42.
Vandam, Karbolgangrän 389.
Vanghetti 283. 285.
Variot, Groſse Ekchymosen nach Quetschung 160.
— und Danseux, Anomale Varicellen in gangränöser Form 168.
Vaughan, Zwei Fälle von multipler Initialsklerose 252.
—, Tuberkulose der Prostata 635.
Veiel 211.
Verchère, Über syphilitische Imprägnation; Syphilis d'emblée 84.
—, Syphilisation ohne Schanker 451.
— 85. 446.
Veratti, Favusbehandlung nach Peroni 583.
Vergely 158.
Verhoogen, Urethralstriktur und Pyelonephrose 528.
Verneuil 158. 239. 447. 655.
Vesalius 500.
Vidal 79. 208. 248. 457. 610.
Vigneron, Das Antipyrin als schmerzstillendes Mittel für die Blase 219.
Vignes, Harter Schanker des Augenlides und der Conjunctiva 268.
— Syphilitischer Schanker der Conjunctiva bulbi 657.
Viletti, Ichthyollösungen bei Katarrhen der Urethra 713.
Villard, Beziehungen der Genitaltuberkulose beim Manne zu den übrigen Äuſserungen der Tuberkulose 524.
Vincent 76.
Virchow 55. 56. 239. 240. 321. 434. E.-H. 12. 34. 35. 40. 61.
Vlaccos, Die Bedeutung des Salols für die Antisepsis der Harnwege 524.
Voigt, L., Bericht über die im Jahre 1892 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung 169.
— Über Impfschäden 495.
— 406. 496.
Volkmann 440.
Vollert, Zur Syphilistherapie 61.
Volterra, Über partielle Gangrän des Penis 634.

Wachselmann 204.
Wagner 319. 589. 610.
—, E. 700.
Wake, T. 651.
Waldeyer 220. 411.
Walik 538. 540. 541.
Walther 700.
Wanach 547.
Wassermann, A., Lymphämie und Hauterkrankungen 325.
— 205. 207. 502.
— und Hallé, Urethritis chronica und Verengerungen 218.
Watraszewski, Über die Wirkungen von Quecksilberkuren bei temporär abgelaufener Syphilis 553.
— 61. 84. 92. 276.
Watteville 687.
Weber, H. 339.
Wedekind, L. L. v., Bericht über neun Fälle von Blennorrhoe, welche mittelst Injektionen von unverdünntem Wasserstoffsuperoxyd erfolgreich behandelt wurden 342.
Weichselbaum 253.
Weigert 321. 356. 498. 499. 646.
Weinlechner 209.
Weissmann 220. E.-H. 36.
Welander, E., Über einen Fall von Vitiligo, Lichen ruber planus und Neurodermitis chronica circumscripta bei einer und der nämlichen Person 449.
— 70. 88. 89. 255. 321. 377. 450. 464.
Wendriner 500.
Werner, Erfahrungen über Erysipelas faciei 702.
Wernich 405.
Wernike 439.
Wertheim 253. 343.
Werthwill, H. G., Phimosis und Circumcision 525.
Westphal 206. 242. 244. 547.
White, J. B., Die Möglichkeit, einer langdauernden Striktur der hinteren Harnröhre ohne Hülfe der äuſseren Urethrotomie beizukommen 692.
— 76. 212. 395. 538.

Wickham, Über Angewöhnung an Quecksilber und Jodpräparate 44.
— Pian oder Syphilis 93.
— Zur Behandlung des Endstadiums des Herpes tonsurans 141.
— Dermatitis herpetiformis Duhring: Varietas erythemato-pustulosa 247.
— Eine Epidemie von Herpes tonsurans im Asyl Lambrechts 449.
— Referate 93. 141. 247.
— 74. 75. 76. 82. 142.
Wichmann, Ralf, Weitere Mitteilungen über Myxödem 394.
Widal und Thérèse, Purpura und Streptokokkenerythem 161.
Wiesmann, P., Epispadia glandis penis 526.
Wilischanin, Zur Symptomatologie der Röteln 166.
Willan 41. 302. 448.
Willigen, A. van der, Behandlung der Analfissuren mit Ichthyol 570.
Wilser, Ludwig, Klima und Hautfarbe 221.
Wilson 78. 80. 101. 102. 302. 485.
Winfield, Eine einen Abscefs vortäuschende Gummabildung 444.
— Neurotisches Ekzem 550.
— Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis 444.
— Ein Fall von gemischtem Ausschlag, Psoriasis und Eccema seborrhoicum 444.
— Die Glykosurie, ein weiteres Symptom, welches auf den neurotischen Ursprung der Dermatitis herpetiformis (Duhring) hindeutet 573.
— Ein Fall von oberflächlicher, syphilitischer Ulceration des Gesichts wie Lupus erythematosus lokalisiert 638.
— 445. 549. 550. 638.
Winiarski, Naevus maternus mit Hypertrophie des Corpus cavernosum urethrae 520.
Winternitz, R., Blennorrhoe, Syphilis und Hautkrankheiten 263.
—, Über thermische Einflüsse auf die Blutzusammensetzung 498.
— 331.
Wintersteiner, Über Lidrandcysten 498.
— 496.
Withof 409.
Wittich, E.-H. 35.
Wittzack, H., Drei geheilte Fälle von Harnfisteln, ein Beitrag zur praktischen Bedeutung der Sekundärnaht 706.
— Das Lycetol 45.
Wodon, Angina herpetica mit Herpeseruptionen in und auf der Nase 572.
— Fibrom des Gaumensegels 579.
Wölfler 500.
Wolff 98. 464. 662.
Wolkowitsch 210.
Wolters 463. E.-H. 58. 61. 102.
Worm 499.
Wossink 26.

Yvon, Elektrolyse der Harnsteine 337.

Zambaco 48. 49. 103.
Zappert, Ein Fall von Hemiatrophia facialis 494.
Zavadski, Ulcus ventriculi syphilitischen Ursprungs 272.
Zeissl, v., Über Jodödem 158.
—, Über den Verschlufsapparat der Blase 707.
— 84. 257. 639. 686.
Zeissler 464.
Zeleneff 76.
Zenker, K., Chromkalium-Sublimat-Eisessig als Fixierungsmittel 645.
Zenthoefer 222 E.-H. 57. 58. 59. 60. 65.
Ziegler 515. E.-H. 29.
Zinaida 90.
Zinsser, F., Ein Fall von symmetrischer Atrophie der Haut 324.
—, Über die Behandlung des Favus mit Wärme 551.
Zuckerkandl, O., Über Einteilung und Prophylaxe der von Veränderungen des weiblichen Genitale abhängigen Formen von Cystitis 500.

41C 1608 41C
~~41C 1~~ 341